FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

KYSTES SANGUINS MÉSENTÉRIQUES ET RÉTRO-PÉRITONÉAUX

PAR

Charles LÉVÊQUE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 15 octobre 1883

PRÉSIDENT : M. PAUL SEGOND, PROFESSEUR

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

MONTAUBAN

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GEORGES FORESTIÉ

23, Rue de la République, 23

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	P. MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	PROUST
BERNARD	DUVAL, Pierre	LENORMANT	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA, André	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET, André	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ, Marcel	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LA-VASTINE	ONINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR LÉVÊQUE

Médecin de l'Hôpital de Montauban
Mon premier Maître

Faible témoignage de ma profonde gratitude pour ses bons conseils et l'orientation qu'il a su donner à mes études.

A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpétrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET.

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE.

A mes premiers Maîtres de la Faculté de Médecine de Toulouse :

MESSIEURS LES PROFESSEURS CHARPY, SOULIÉ, TOURNEUX, ABELOUS, MOSSÉ, CESTAN.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

EXTERNAT

1904-05. M. LE DOCTEUR HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Necker *(in memoriam)*

1905-06. M. LE DOCTEUR PICQUÉ,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

1906-07. M. LE DOCTEUR DALCHÉ,
Médecin de la Pitié.

INTERNAT

1907-08. M. LE PROFESSEUR TERRIER,
Chirurgien de la Pitié *(in memoriam)*.

— M. LE DOCTEUR ARROU,
Chirurgien de la Pitié.

1908-09. M. LE DOCTEUR PICQUÉ,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

1909-10. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER,
Chirurgien de la Pitié.

1910-11. M. LE DOCTEUR BEURNIER,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le cours de notre internat, un kyste sanguin de l'arrière cavité des épiploons, et un second kyste de même nature développé au niveau du mésocolon ascendant, nous avons eu l'idée de rechercher l'ensemble des cas publiés; les kystes du mésocolon ascendant sont peu nombreux, mais ils se rapprochent par bien des points des kystes du mésentère, que nous faisons rentrer dans cette étude.

Toutes ces collections ont une pathogénie et une anatomie pathologique analogues; les nuances de symptomatologie qui les distinguent, sont simplement en rapport avec des différences de siège; enfin le même traitement peut leur être opposé. Ces ressemblances justifient, croyons-nous, une étude d'ensemble de la question; néanmoins, pour la clarté de la description, nous avons cru devoir isoler dans chaque chapitre les kystes de l'arrière-cavité qui, par leur situation même, constituent un groupe assez distinct.

Les kystes du mésentère sont connus depuis longtemps et Augagneur rapporte la mention qu'en a faite Benevieni anatomiste florentin au

XVI[e] siècle; la première étude d'ensemble, beaucoup plus tardive, est due à Portal qui distingue les tumeurs kystiques des tumeurs solides cancéreuses; jusqu'au XIX[e] siècle plusieurs auteurs s'occupent de la question, mais sans la préciser; il s'agit plutôt de découvertes d'autopsie que de diagnostics faits pendant la vie.

Au début et durant la plus grande partie du siècle dernier, la symptomatologie ne se précise pas, et si quelques chirurgiens interviennent, c'est par erreur de diagnostic, en croyant opérer le plus souvent un kyste de l'ovaire.

Il faut arriver à l'année 1880 pour atteindre la période vraiment chirurgicale, où l'histoire clinique se précise. Péan s'occupe des kystes du mésentère dans son traité des tumeurs abdominales; Tillaux en précise les signes physiques; en même temps, la pathogénie s'éclaire un peu, et les résultats en sont consignés dans la thèse de Collet. Le traitement systématique peut dès lors être tenté, les indications étant posées, et l'importante thèse d'agrégation d'Augagneur inaugure cette période (1886); dès lors une nombreuse série de travaux met au point la question, tant en France qu'à l'étranger; nous en donnerons tout à l'heure la liste complète; nous citerons ici les principaux parus en France: thèses d'Arékion et Deffains, de Bérard; articles de Binaud, Braquehaye, cliniques de Terrillon, malades de Lecène, Mauclaire et Désarnaux, etc., enfin, la thèse de Roques.

L'étude des collections de l'arrière cavité des épliploons sous le nom de pseudo-kystes est de date plus récente; Malgaigne, dans son traité d'anatomie chirurgicale parle d'un amas de sérosité pouvant se produire dans l'arrière cavité et y constituer une sorte d'hydropysie enkystée; Bichon rappelle cette allusion dans sa thèse: *Contribution à l'étude des kystes hématiques de l'épiploon*, Toulouse 1896.

Depuis, plusieurs travaux ont été publiés sur la question; les plus importants sont ceux de Körte 1898, et le rapport de Villar au congrès français de chirurgie de 1905, où l'auteur réunit 31 cas soumis à l'intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, peu nombreuses ont été les observations publiées; nous en donnons à la fin de ce travail la liste complète.

ETIOLOGIE

Les *causes prédisposantes* ne sont autres que celles qui exposent aux traumatismes.

C'est ainsi que l'homme plus exposé aux chutes et aux chocs par ses professions est un peu plus fréquemment atteint que la femme: 24 hommes pour 21 femmes; mais il faut faire remarquer que le kyste non sanguin est plus fréquent dans le sexe féminin.

De même, la plupart des cas ont été constatés chez des sujets ayant de vingt à cinquante ans; on les a obesrvés cependant aux âges extrêmes de la vie, et alors ils sont expliqués par un traumatisme, mais ces faits sont beaucoup plus rares.

La *cause déterminante* de l'apparition du kyste est presque toujours un traumatisme.

1) *Arrière cavité.* Ici qu'il s'agisse de kyste ou de pseudo-kyste, distinction établie par Villar, et qui a son importance au point de vue pathogénique, nous retrouvons toujours à l'origine une violence extérieure, soit une chute, soit une compression entre deux corps résistants, un coup de timon, ou une ruade de cheval, etc. Le pancréas qui est comme nous le verrons, la source de l'hé-

morragie, étant profondément fixé, échappe au traumatisme plus facilement que les autres organes abdominaux; il peut être blessé cependant au cas de violence s'exercant le plus souvent sur la région épigastrique, mais parfois dans les hypochondres, ou même dans les flancs.

2) *Mésentère.* Ici encore la cause déterminante est presque toujours un traumatisme; tous les auteurs sont d'accord sur ce point (Augagneur, Bérard, Roques, etc.), et on le retrouve à l'origine de presque toutes les observations. Mais il ne donne pas naissance au kyste sanguin de la même manière dans tous les cas, et l'on peut distinguer plusieurs classes de faits.

a) Un malade était porteur d'un kyste séreux depuis un temps plus ou moins long (un an dans le cas de Leflaive, 2 ans, dans celui de Fossard et Lecène), un traumatisme survient; les symptômes jusque là vagues et peu intenses, deviennent rapidement inquiétants; la tumeur augmente de volume, on opère, et l'on trouve un kyste sanguin; ces cas de transformation sont assez fréquents.

b) Il n'existait aucune tumeur, aucun symptôme n'avait attiré l'attention du malade avant le traumatisme; celui-ci provoque la rupture d'une artère, si c'est une contusion, ou la blesse directement si c'est un coup de feu; l'hémorragie ne dépasse pas les limites du mésentère, le sang se glissant dans le tissu cellulaire lâche, et pro-

duisant lui-même l'hémostase ; il s'agit alors d'une hémorragie enkystée d'emblée ; ces cas, plus rares que les précédents, ont été constatés par Smith, Owen, Habersohn et nous-même pour l'arrière cavité.

c) Plus souvent cependant l'hémorragie d'abord libre dans la cavité péritonéale, s'enkyste secondairement; on voit alors apparaître après une violente contusion, des signes d'hémorragie interne, puis assez rapidement ces symptômes s'amendent; le calme renaît, mais peu de temps après, le malade se plaint de troubles fonctionnels, on constate l'existence d'une tumeur abdominale; l'hématome est constitué.

A côté du traumatisme ordinaire, il est bon de mentionner dans l'étiologie de ces kystes, celui qui est dû à un taxis trop prolongé ou trop brutal exercé sur une hernie étranglée.

Bérard dans sa thèse, rapporte 3 observations de ce genre dont la première est due à Rochard; dans les cas les plus typiques, il s'agit de sujets porteurs depuis longtemps d'une hernie inguinale volumineuse qui s'étrangle tout à coup; après de longues et infructueuses tentatives de taxis on se décide à faire la kélotomie, et l'on trouve une partie du mésentère volumineuse, distendue par un énorme épanchement de sang; d'autrefois, comme dans le cas de Rochard, le traumatisme portant sur la hernie a préexisté à l'étranglement, et, par la production d'un épan-

chement sanguin, en a été la cause; on découvre, en effet, par la kélotomie, l'hématome qui constitue l'agent de l'irréductibilité; dans les deux cas ces faits peuvent être rattachés au traumatisme.

Enfin, c'est encore le traumatisme, d'un ordre tout différent, il est vrai, qui semble être responsable de la formation du kyste dans les cas suivants: une malade atteinte d'une maladie mitrale mal compensée, meurt au milieu d'efforts incessants de toux et de vomissements; à l'autopsie on découvre un volumineux hématome du mésentère; (Isambert Owen); une femme morte de tuberculose présente de même un hématome du mésencolon transverse (Williams); une malade de Jeannel est opérée d'un kyste sanguin du mésocolon descendant qui semble avoir eu pour origine des vomissements incoercibles au cours d'une grossesse.

Bérard rapproche ces faits de « traumatisme intérieur » de ceux qui sont dûs à un traumatisme extérieur, et n'hésite pas à faire de l'effort violentla cause de la maladie; on peut faire remarquer avec Roques que souvent dans ces cas un traumatisme léger peut être invoqué, et qu'il est dès lors difficile de faire la part de ce qui revient à chacune des deux causes.

Enfin, il est des cas où malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut remonter à l'origine de la tumeur; serait-elle due alors à un

traumatisme léger, dont le malade n'a pas gardé le souvenir ? C'est possible pour certains cas. Pour d'autres très particuliers, on peut admettre une étiologie spéciale ; ainsi Potel attribue un kyste sanguin survenu à l'âge de cinquante ans à la transformation d'une tuberculose des ganglions mésentériques présentés par la malade à quatre ans (?) Il faut bien admettre toutefois qu'il y a des cas où ni le traumatisme, ni le taxis, ni l'effort ne peuvent être incriminés, où l'hématome se produit sans cause décelable ; il faut admettre alors la transformation d'un kyste séreux par le processus de la pachypéritonite hémorragique, analogue à celui que l'on observe au niveau de la vaginale.

PATHOGÉNIE

1) MÉSENTÈRE. — Ces notions étiologiques éclairent la pathogénie des kystes sanguins, et bien que le traumatisme se retrouve à l'origine de presque tous les cas, une division primordiale s'impose au point de vue pathogénique suivant que la tumeur est sanguine d'emblée, ou que le contenu d'un kyste d'abord séreux est devenu sanguin secondairement.

A) *Kyste à contenu sanguin d'emblée.* — C'est le cas le plus simple, et le traumatisme qui existe toujours dans ce cas agit simplement en blessant un vaisseau du mésentère; la résistance des feuillets de la séreuse va régler la forme anatomique et l'évolution clinique; ces feuillets restent-ils intacts, l'hémorragie va se trouver d'emblée enkystée en une cavité close; dans le tissu cellulaire lâche qui sépare l'un de l'autre les deux feuillets; il se produira, par coagulation du sang épanché, des caillots qui ne vont pas tarder à s'organiser en une sorte de paroi fibreuse qui à la longue constituera une barrière solide. Des interventions pratiquées a des moments différents ont permis

de constater que cette organisation se fait par étapes successives, et, à côté de parois encore mal définies et peu distinctes (interventions précoces après un ou deux jours, on en a rencontré de résistantes, mesurant plusieurs millimètres d'épaisseur (opérations après plusieurs mois).

Dans le cas où au contraire le mésentère ne résiste pas, le sang s'épanche librement dans la grande cavité péritonéale, et suivant son abondance, les symptômes généraux sont plus ou moins accentués; si le malade résiste, il se produira toujours au contact du sang un certain degré de réaction péritonéale qui aboutira à la formation d'adhérences agglutinant les anses intestinales et les replis séreux les plus proches; ce travail explique l'enkystement secondaire de l'hémorragie; il peut se produire plus ou moins rapidement, et on l'a observé, dans certaines interventions, après quatre à cinq jours.

Enfin, dans certains cas d'hémorragie peu abondante, la formation du kyste peut encore s'expliquer; le sang dans ces faits, tout en se résorbant en totalité, a pu déterminer cependant un léger degré de réaction péritonéale, qui entraîne lui-même la production de néo-membranes aux vaisseaux nombreux et friables; une hémorragie secondaire se produit à leur niveau, et c'est elle qui entraînera la formation de l'hématome dont on conçoit la limitation par ces mêmes néo-membranes.

B) *Kystes séreux transformés.* — *a*) Le kyste séreux se transforme brusquement en kyste hématique sous l'influence d'un traumatisme; la pathogénie est alors des plus simples: un des gros vaisseaux qui souvent rampent à la surface de la tumeur a été rompu et s'est ouvert dans le kyste, et plusieurs fois l'intervention a permis de constater les connexions étroites qui unissaient la tumeur aux gros vaisseaux du mésentère dont certains peuvent atteindre dans ces cas le volume d'une humérale. (Obs. d'Augagneur, Braquehaye, Ullmann, Chardon, etc.); quant à la cause immédiate de la rupture, elle reste encore obscure, et il semble seulement établi qu'elle ne réside pas dans une embolie.

b) Dans l'autre cas, la transformation se fait lentement, par le processus de la pachypéritonite hémorragique, mis en lumière par Gosselin. Dans les inflammations chroniques des séreuses, il se fait un travail de prolifération, tant sur le tissu conjonctif qui les double extérieurement que sur leur face interne; à ce niveau, ce travail aboutit à la formation de néomembranes faites d'un réseau de fibrine enserrant en ses mailles des globules rouges et blancs et des cellules épithéliales; tout cela s'organise, remanié par des vaisseaux de nouvelle formation; c'est à leur niveau que se produira l'hémorragie, car ils sont d'une extrême fragilité au point de pouvoir se rompre spontanément. L'hémorragie est donc une

conséquence de l'altération de la séreuse et elle ne se produit qu'au bout d'un temps assez long qui est souvent de plusieurs années. Au microscope, en examinant la paroi, on a pu constater que l'hémorragie se produit d'abord dans sa couche moyenne où l'on aperçoit des cavités vasculaires; elle aurait ensuite perforé la couche interne pour se répandre dans le kyste (cas de Leflaive).

Il nous reste maintenant à étudier la pathogénie des kystes séreux eux-mêmes qui se rattachent de si près à l'histoire des kystes sanguins. Deux théories sont en présence: celle de l'origine congénitale, celle de l'origine lymphatique.

a) Celle-ci est la plus ancienne interprétation que l'on ait donnée du développement des kystes séreux. Augagneur déjà s'en faisait le défenseur, ayant remarqué dans ces tumeurs la présence de tissu réticulé. Cette opinion est encore défendue par Quénu, puis par Duval (1907). Sont-ils des lymphangiomes kystiques, ou viennent-ils d'une dilatation des chylifères? Des observations diverses semblent prouver qu'ils peuvent reconnaître une origine ganglionnaire et une origine aux dépens des chylifères.

1) Dans le premier cas, on assisterait à la formation de véritables adénites du mésentère, transformées ensuite en vastes kystes à contenu séreux. (Obs. de Augagneur, Papavoine, Demons, Potel).

2) Dans le deuxième cas, il s'agit de dilatations pathologiques des conduits chylifères, de véritables varices lymphatiques : celles-ci sont dues à l'altération des parois par la filaire de Wuscherer et à l'obstruction des canaux par ces mêmes filaires unies à des leucocytes ; c'est ainsi que se développeraient des varices du mésentère, par un processus analogue à celui qui produit l'éléphantiasis, l'ascite et l'hydrocèle chyleuses ; certains cas où l'on a vu la tumeur sillonnée de canaux très larges, semblent rentrer dans cette catégorie (obs. de Simon).

D'autres fois, il s'agit d'un véritable lymphangiome par adjonction à la dilatation d'une néoformation, soit lymphangiome simple avec amas de capillaires dilatés, soit lymphangiome caverneux ; celui-ci est le premier stade des grandes tumeurs kystiques multi ou uniloculaires que l'on observe au cou et dont Fossard et Lecène ont rapporté une observation au niveau du mésentère.

b) La théorie de l'origine congénitale, plus récente, a d'abord été exposée à l'étranger. Le kyste proviendrait alors soit des débris embryonnaires de l'appareil uro-génital, soit du péritoine lui-même par un vice de son développement, soit d'un diverticule de l'intestin.

1) Dowd (1900), Moynihan (1902), Ayer (1906), Niosi (1907), ont soutenu la première opinion ; pour ces auteurs, il y aurait inclusion dans le

mésentère du corps ou du canal de Wolff, du conduit de Müller; ces débris organiques ayant une tendance à subir la dégénérescence kystique, on conçoit ainsi la formation de la tumeur.

Nicoi base son affirmation sur la structure de la paroi, qui était limitée par un épithélium cylindrique et contenait dans son épaisseur des tubes glandulaires formés de cellules cylindro-coniques; d'autre part la présence de nodules de tissu surrénal plaide aussi en faveur de cette hypothèse.

2) Le kyste peut se développer aux dépens d'un diverticule intestinal, et le cas que nous avons observé dans le service de M. le Dr Beurnier paraît bien avoir eu cette origine. Ces diverticules peuvent être acquis ou congénitaux. Ils siègent fréquemment sur le gros intestin, et dans le cas que nous citons le kyste paraissait développé aux dépens du colon ascendant; exceptionnellement ils se développent sur l'appendice iléo-cœcal; souvent au contraire, ils se produisent au point de pénétration des canaux hépatique et pancréatique; leur nombre est souvent considérable: Alibert, 200 sur le colon; Hausemann, 400 sur un segment du jejunum. Leur volume très variable varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pomme. S'ils sont acquis, ils communiquent avec l'intestin par un orifice arrondi ou en forme de croissant; leur contenu est alors formé de matières fécales; ils ne rentrent pas dans la catégorie

que nous étudions; mais on peut admettre que dans certains cas, ces diverticules soient congénitaux, et se séparent secondairement de la cavité intestinale; ainsi se trouvent formés les kystes juxta intestinaux étudiés par Terrier et Lecène; le contenu est alors un liquide filant et jaunâtre qui sous l'influence des causes ordinaires peut devenir hémorragique. Leur structure seule permet de les rapporter à leur origine, et à ce point de vue Terrier et Lecène les divisent en kystes sous muqueux, sous séreux ou intra musculaires; ils présentent un épithélium cylindrique souvent caliciforme avec invagination pseudo glandulaire, et une paroi externe formée de tissu conjonctif avec une quantité plus ou moins grande de fibres musculaires. Dans notre cas qui a été examiné par M. le Dr Letulle, les fibres musculaires étaient très peu nombreuses.

Terrier et Lecène font des kystes sous séreux des débris du canal omphalo mésentérique et attribuent les autres à un pincement de la paroi intestinale au cours du développement; on peut admettre avec Duval que dans certains cas, ils se développent aux dépens de diverticules qui perdent secondairement toute connexion avec l'intestin.

3) Cunéo attribue la formation des kystes à un vice de développement du péritoine; il se refuse d'abord à admettre l'origine lymphatique en se basant sur le caractère uniloculaire de ces for-

mations; les lymphangiones sont, en effet, multiloculaires; d'autre part, si le kyste se développait aux dépens des chylifères, il serait inclus entre les feuillets du mésentère; or cela est rare; plus souvent, il occupe une situation rétro-péritonéale, et ce fait plaide en faveur de la théorie de Cunéo; on sait, en effet, que, au cours du développement, les colons ascendant et descendant, primitivement pourvus d'un méso, le perdent par accolement de sa face postérieure au péritoine pariétal postérieur; il y a en ces points, fusion de trois feuillets; or cet accolement peut être nul; le mésocolon subsiste; il peut aussi être incomplet, par défaut de coalescence dans le sens vertical ou dans le sens transversal; ainsi se trouve formée une cavité qui pourra être l'origine de kystes. C'est donc une erreur de langage que d'appeler ces collections kystes du mésentère; elles mériteraient plutôt le nom de kystes rétro-péritonéaux. Cette théorie, reprise par Drucbert, s'appuie sur des constatations précises, que nous rappelerons à la fin de ce travail; elle présente en outre un intérêt au point de vue de la technique opératoire.

En résumé, certains kystes sont créés de toutes pièces par le traumatisme qui a blessé un vaisseau important du mésentère; l'hémorragie peut d'emblée être enkystée entre les feuillets du mésentère restés intacts, ou, d'abord libre dans la cavité péritonéale, s'enkyste secondaire-

ment par adhérences mésentériques. Dans d'autres cas, le kyste préexiste à l'hémorragie sous forme d'une collection séreuse qui peut elle-même avoir une origine lymphatique, ou plus souvent une origine congénitale; dans le premier cas, le kyste siège entre les feuillets du mésentère, dans le deuxième, il est rétro-péritonéal; quoiqu'il en soit, la transformation peut se faire brusquement sous l'influence du traumatisme, ou lentement, sans cause apparente, par le processus de la pachypéritonite hémorragique.

2) *Arrière cavité.* — Au point de vue pathogénique, l'on peut distinguer ici avec Villar des kystes sanguins ou hématomes, et des pseudo-kystes.

a) Dans le premier cas, l'hémorragie est expliquée par la blessure de l'un des nombreux vaisseaux qui entourent le pancréas, soit pour l'irriguer lui-même, soit pour se distribuer aux organes voisins; un travail de péritonite enkyste secondairement l'épanchement.

L'étude de ces vaisseaux à été faite par Krönlein au point de vue opératoire et Frantz au point de vue descriptif. Le pancréas ne possède pas d'artère qui lui soit spécialement destinée, il reçoit ses vaisseaux de trois sources différentes. L'artère splénique suit le bord supérieur de l'organe qu'elle gagne au niveau de l'isthme pour le suivre jusqu'à la queue et gagner de là le hile

de la rate; elle donne sur ce trajet à l'estomac les vaisseaux courts et la gastro épiploique gauche qui va gagner la grande courbure; au pancréas, elle fournit de nombreux rameaux dits pancréatiques supérieurs, et avant d'atteindre la rate, elle donne un rameau récurrent pour la queue.

L'artère hépatique dans sa première portion, transversale et près de l'union de cette portion avec l'ascendante donne une branche pancréatico-duodénale supérieure qui descend vers la tête pancréatique, et à ce niveau se dédouble en deux branches, antérieure et postérieure, qui passent l'une en avant, l'autre en arrière du pancréas, pour aller s'anastomoser avec des rameaux venus symétriquement à leur rencontre de bas en haut. C'est l'artère mésentérique supérieure qui fournit ceux-ci; en effet, au point où elle émerge entre pancréas et duodénum, elle donne la pancréatico duodénale inférieure dont les deux branches de division vont s'anastomoser avec les précédentes; en outre, la mésentérique fournit une pancréatique inférieure qui suit le bord correspondant de l'organe.

Ainsi la glande est enserrée en un cercle artériel complet formé par la splénique, la pancréatique inférieure, les deux pancréatico duodénales, la portion initiale de l'hépatique.

La blessure de l'un de ces nombreux vaisseaux explique dans bien des cas l'hémorragie; les symptômes sont alors perçus à une date assez

rapprochée du traumatisme; mais pour expliquer la manifestation tardive du kyste, que l'on observe souvent, Villar admet la possibilité d'une péritonite primitive à la suite de lésions glandulaires, et ce serait alors aux dépens de fausses membranes nouvellement formées que se développerait l'hémorragie.

b) Les pseudo-kystes de Villar sont caractérisés par ce fait que le liquide qu'ils renferment n'est pas exclusivment sanguin; le plus souvent l'analyse chimique permet de reconnaître sa nature pancréatique, à moins qu'elle ne décèle la présence de bile; dans ce cas la pathogénie est simple: il y a eu rupture simultanée de canaux pancréatiques ou biliaires et de vaisseaux; il n'est pas nécessaire, ainsi que le fait remarquer Auvray que l'on puisse constater ces lésions, pour les admettre; une simple fissure est suffisante pour permettre l'écoulement du liquide; d'autre part, au cours d'une intervention généralement tardive, l'exploration de l'arrière cavité par une brèche épiploïque étroite est difficile. Dans l'autres cas, on peut admettre que le pseudo-kyste résulte de la transformation d'un hématome.

Enfin, dans certains cas le liquide ne présente aucun caractère qui permette de déceler son origine. Si nous les signalons, c'est que leur symptomatologie, et le traitement que l'on peut leur opposer se confondent avec ceux des kystes. Auvray, qui a observé un cas de ce genre, admet

qu'il s'agit alors simplement « d'un foyer de péritonite enkystée, développé aux dépens d'un organe irrité, contusionné par le traumatisme (estomac, foie, intestin) ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I) Mésentère.

I *Macroscopiquement.* — Les kystes sanguins sont en général uniques; mais on ne saurait admettre avec Roques qu'il en soit toujours ainsi; le traumatisme peut, en effet, agir sur plusieurs vaisseaux simultanément, et entraîner la formation de plusieurs poches; d'ailleurs certaines observations sont là pour le prouver: (malade de Legrous, deux hématomes dans le mésocolon transverse ; autopsie de Lannelongue, poches nombreuses disséminées dans l'abdomen; malade de Verchère; quatre tumeurs disséminées dans le mésentère).

Leur volume est très variable suivant l'ancienneté de la lésion et l'importance du traumatisme; certaines ne dépassent pas le volume d'une noix; d'autres constituent de vastes poches emplissant la cavité abdominale, et d'où la ponction a permis de retirer de 6 à 8 litres de liquide; les kystes vrais paraissent être plus volumineux que les hématomes.

La forme de la tumeur est peu variable, habituellement ovoïde, quelquefois sphérique; cette forme semble en rapport avec la disposition des

zones décollables au niveau du mésentère, ainsi que le prouvent les expériences de Gérard-Marchant et Collet; par des injections d'air ou de suif, ceux-ci ont reconnu que cette zone siège au niveau du pédicule; sa limite est représentée par celle « des espaces compris entre les départements artériels et les plicatures ».

II *Microscopiquement.* — La constitution anatomique est très différente suivant les variétés de kystes que nous ont permis de distinguer l'étiologie et la pathogénie, et l'anatomie pathologique vient ainsi corroborer leurs données.

A) Kystes séreux préexistant à l'hémorragie. La paroi propre de la tumeur est ici bien organisée et l'on peut y distinguer trois couches: l'une externe séreuse, la 2e moyenne, fibreuse, la 3e interne épithéliale.

a) La tunique externe n'est autre que le mésentère dont les deux feuillets écartés viennent limiter la tumeur; ils restent accolés l'un à l'autre en arrière au niveau de leur ligne d'insertion et en avant au voisinage de l'intestin grêle; le péritoine est doublé d'un tissu cellulaire lâche, au niveau duquel cheminent les vaisseaux nourriciers de l'intestin.

b) La couche moyenne est formée de tissu conjonctif qui renferme des vaisseaux. Elle présente donc des fibres et des cellules conjonctives, les fi-

bres étant très nombreuses. Sa disposition est d'ailleurs variable; parfois la couche est homogène; plus souvent, elle est formée de plusieurs assises qui peuvent être séparées par une hémorragie formée aux dépens de leurs propres vaisseaux; des couches de formation nouvelle peuvent se superposer de dehors en dedans, si bien que les plus internes sont formées de fibres ténues avec cellules rondes, enserrant dans leurs mailles des globules sanguins.

c) La paroi interne comprend généralement un épithélium et du tissu lymphoïde; mais ces deux éléments peuvent exister isolément, et ni l'un ni l'autre n'est caractéristique. Augagneur et Braquehaye ont affirmé l'absence de l'épithélium sur la paroi interne des kystes, mais s'il en est ainsi, dans certains cas, on ne saurait généraliser, et plusieurs auteurs ont noté l'existence d'un endothélium; d'autre part, le tissu lymphoïde est représenté par des alvéoles irrégulièrement disposées, de dimensions différentes, séparées par de minces cloisons qui sont elles-mêmes revêtues d'endothélium; dans l'épaisseur de ces cloisons, on trouve des amas de tissu lymphoïde; enfin la cavité est remplie de sang ou de lymphe coagulés, et appliqués contre la paroi, on trouve des globules rouges mêlés à quelques globules blancs.

B) Hématome enkysté d'emblée.

L'anatomie pathologique est ici beaucoup plus

simple; l'hémorragie constitue toute la lésion et l'histologie ne décèle pas de paroi propre; le sang épanché se coagule et s'enkyste entre les deux feuillets du mésentère ou de l'épiploon qui ici encore constituent la cavité externe; le reste est formé par l'organisation des caillots, tandis que la partie liquide du sang, le sérum, constitue le contenu du kyste; il se peut d'ailleurs, comme l'a observé Rochard, dans une hernie étranglée, que le sérum transsude à travers la paroi du kyste pour être résorbé ensuite dans la grande cavité, et que les caillots seuls constituent à la fois le contenu de la paroi; c'est ainsi que s'explique l'extrême dureté de certaines tumeurs.

C) Hématome consécutif à une hémorragie enkystée secondairement. Comme dans le cas précédent, il n'y a pas de paroi propre. La paroi externe a ceci de particulier qu'elle présente 2 feuillets péritonéaux adossés, dus à la formation d'adhérences. Quant à la paroi fibreuse, elle est contituée ici encore par l'organisation des caillots qui d'abord isolés se fusionnent peu à peu; cette couche peut être extrêmement friable, et par le fait, difficile à isoler des parties voisines.

Nous ne dirons qu'un mot du *contenu* de la tumeur. Il est formé de sang, soit liquide, soit à l'état de caillots; aussi sa couleur peut-elle varier infiniment depuis la teinte rouge caractéristique, jusqu'à une teinte claire à peine rosée; parfois le liquide est jaunâtre, et seul l'examen histologi-

que peut montrer qu'il s'agit de sang. Il n'est pas impossible d'ailleurs qu'un kyste sanguin se transforme en kyste séreux.

L'analyse chimique, rarement pratiquée à montré l'existence d'albumine, de sels minéraux, d'hémoglobine, de traces d'urée.

II) Arrière-Cavité. — Les collections développées dans cette région en partagent les limites; elles sont donc situées dans l'espace limité en avant par la face postérieure de l'estomac et le petit épiploon, en haut par le lobe gauche du foie, en arrière par les organes pariétaux et en particulier le pancréas; en bas se trouve le colon transverse et l'espace virtuel compris entre les feuillets du grand épiploon; à gauche l'arrière-cavité se prolonge vers la rate; à droite un orifice la fait communiquer avec la grande cavité péritonéale: l'hiatus de Vinslow.

Etant donnée la pathogénie que nous avons admise pour les kystes de cette région, il ne saurait exister ici de paroi propre; ce sont les organes limites qui constituent les parois de l'hématome; ce détail a son importance au point de vue de l'intervention, et l'on ne comprend pas bien que certains auteurs aient parlé de la dissection d'une paroi, de l'ablation totale d'un pseudo-kyste.

Mais si le liquide acquiert une certaine abondance, il va avoir tendance à franchir les limites

qui lui sont assignées· on peut remarquer avec Villar que la disposition de l'hiatus de Vinslow ne favorise pas le passage dans la grande cavité. Auvray, dans une intervention récente, a cherché à forcer cet orifice soit de dedans en dehors, soit en sens inverse, sans pouvoir y arriver; il se demande s'il s'agissait d'une absence congénitale ou d'une oblitération pathologique par des adhérences de nouvelle formation. Quoi qu'il en soit, c'est plutôt en avant que le kyste se développe, et il peut le faire suivant deux types décrits par Korte; dans l'un, le plus fréquent, il s'insinue entre la grande courbure de l'estomac qu'il refoule en haut et le colon transverse qu'il refoule en bas; le grand épiploon se trouve refoulé en avant; c'est le type le plus fréquent inter gastro-colique. Dans le deuxième, inter hépato-gastrique, moins fréquent, la tumeur vient saillir entre la petite courbure et le foie, refoulant en avant le petit épiploon.

Le *contenu* présente les variétés de coloration que nous avons signalées; parfois le liquide est jaune par présence de bile (mal. de Savariaud); il peut présenter des grumeaux (Custom Auvray).

L'analyse chimique peut révéler la présence de sucre (Hadra, Lazarus), plus fréquemment d'éléments pancréatiques (Kuster, Lloyd, Schwartz, Haynes, Savariaud); enfin il peut aussi présenter les traces d'une petite quantité de bile.

SYMPTOMATOLOGIE

I) *Mésentère.* — Elle est essentiellement variable suivant le volume et l'origine du kyste, d'où la nécessité de décrire séparément quelques types cliniques. Nous étudierons d'abord la forme la plus fréquente et dont la symptomatologie est la plus nette: un kyste sanguin de moyen volume développé lentement, après un traumatisme, dans le mésentère.

A) *Période de début.* — L'origine des accidents est généralement facile à préciser; c'est peu de temps après le traumatisme qu'un symptôme net a attiré l'attention du malade du côté de l'abdomen; mais il s'en faut que le premier signe en date soit toujours le même; aussi doit-on décrire plusieurs formes de début.

a) La douleur peut être le symptôme révélateur; généralement, il s'agit d'une douleur vague siègeant vers la partie médiane de l'abdomen, douleur sourde avec exaspérations; elle peut se développer ainsi peu à peu, n'attirant pas au début l'attention du malade, ou au contraire succéder à la douleur intense qui n'était au moment

de l'accident que l'un des symptômes d'une violente contusion de l'abdomen (cas de Cheyron, Gilbert Smith).

b) Mais cette douleur est inconstante, et l'on a vu des cas dans lesquels le malade avait remarqué d'abord la présence d'une tumeur abdominale, à moins que cette découverte n'ait été faite par le chirurgien qu'il était venu consulter pour un tout autre motif. Ce mode de début par une tumeur, pour être moins fréquent, a été noté par Richet, Michatski.

c) Le mode de début le plus fréquent est peut-être celui dans lequel on assiste au développement progressif de troubles digestifs qui revêtent des modalités très variables. Généralement la symptomatologie est alors constituée par trois signes: coliques, vomissements, constipation; ce ce dernier étant le plus constant (malades de Rendu, Bianchi, Mauclaire et Désarnaux, etc.); il est difficile à ce moment d'expliquer la constipation par la compression exercée par la tumeur, celle-ci est encore en effet trop peu volumineuse; il est plus rationnel de voir là un phénomène d'ordre réflexe, à moins que la légère inflammation péritonéale suscitée par l'hémorragie du début ne soit venue paralyser les tuniques intestinales; on a cependant signalé quelques cas où la constipation faisait place à de la diarrhée (malades de Binaud et de Lauenstein); il s'agissait plutôt en réalité d'alternatives de diarrhée et de

constipation, si bien que l'on peut voir là une de ces formes d'entérites qui surviennent souvent au cours des constipations prolongées.

B) *Période d'état.* — *I*) Ces signes *fonctionnels* ne se modifient guère à ce moment que pour s'accentuer.

a) La douleur est un des symptômes prédominants; son siège le plus fréquent est la région ombilicale, mais elle peut s'irradier, vers l'épigastre, l'hypogastre, les flancs, les cuisses; parfois sourde et continue, elle présente plus souvent des paroxysmes très pénibles pour les malades; ceux-ci sont parfois réveillés par la position couchée et le malade en est réduit à se tenir assis dans son lit. L'évolution générale de la douleur est variable; le plus souvent elle augmente de façon progressive suivant le développement de la tumeur, mais on l'a vue diminuer au contraire (cas de Menziès et Nœver); d'autres fois, elle présente des périodes de rémission assez longues, pour augmenter ensuite· enfin nous devons signaler les cas où l'on n'a pas noté la moindre douleur. La péritonite de voisinage ne saurait l'expliquer, puisqu'elle n'a jamais été constatée au cours des interventions· elle semble due plutôt aux tiraillements exercés sur les plexus mésentériques, toujours plus grands à mesure que la tumeur descend dans l'abdomen.

b) Les troubles digestifs sont restés les mêmes

et nous retrouvons les vomissements et la constipation; ce dernier symptôme est le plus constant et le plus accentué; aux causes que nous avons indiquées plus haut, l'on peut joindre à cette période le volume de la tumeur et la compression qu'elle exerce sur l'intestin: la compression sur l'estomac pourrait expliquer aussi les vomissements qui surviennent souvent par crises; enfin l'anorexie est très marquée, et l'ensemble de ces troubles digestifs joints à la douleur ne tardera pas à retentir sur l'état général.

c) Signalons enfin comme troubles fonctionnels l'atteinte, chez la femme, des fonctions génitales; la plupart des observations mentionnent en effet des troubles menstruels pouvant aller de la dysménorrhée à l'aménorrhée complète; la compression directe par la tumeur permet dans quelques cas de les expliquer; pour les autres l'on fait intervenir l'anémie des organes pelviens due à la compression de l'aorte (Braquehaye). A ce moment de son évolution, la tumeur a acquis un volume suffisant pour être décelée par l'examen direct.

II) *Signes Physiques.* Suivant l'ordre de la clinique *a*) l'inspection montre au premier coup d'œil l'augmentation de volume de l'abdomen; dans le cas qui nous occupe où la tumeur est mésentérique, elle forme une saillie médiane et péri-ombilicale, Tillaux a dès longtemps insisté sur

l'importance de ce caractère qui se trouve réalisé dans la plupart des cas; dans quelques observations cependant, la saillie maxima est notée à droite ou à gauche; il est évident que suivant son développement la tumeur pourra déborder la région ombilicale, et emplir plus ou moins l'abdomen; mais presque toujours, la plus forte saillie est au centre; quant à sa forme, elle ne rappelle pas celle de l'ascite avec étalement de la paroi; c'est le ventre saillant, en obusier des tumeurs; on ne voit pas de circulation veineuse collatérale.

b) La palpation permet de préciser ces caractères; elle circonscrit une tumeur de forme généralement ovoïde, de volume variable qui dans le cas que nous envisageons, est à peu près celui d'une tête de fœtus. Généralement, la tumeur est lisse, bien que dans certains cas on ait décelé des inégalités sur sa surface; indolore à la palpation, elle est de consistance variable: dans de nombreuses observations, la fluctuation était nette; elle peut disparaître par excès de tension du liquide; on a noté d'ailleurs toutes les sensations, depuis la fluctuation vraie jusqu'à l'élasticité et à l'extrême dureté.

La mobilité du kyste est généralement très grande surtout dans le sens latéral, et Tillaux a insisté sur la facilité avec laquelle on le déplace à droite ou à gauche. La plupart des observations ont vérifié ce symptôme, et dans certains cas, même la tumeur se déplace en tous sens, semblant

ne présenter aucune connexion avec les organes abdominaux; néanmoins la mobilité est moins grande dans le sens vertical; la tumeur suit peu les mouvements respiratoires; dans un cas seulement, celui de Binaud, elle se déplaçait facilement de haut en bas; d'ailleurs le volume du kyste en augmentant, vient atténuer sa mobilité, et dans d'autre cas, le même résultat est produit par des adhérences en particulier à l'intestin; enfin, comme signes négatifs, la palpation renseigne sur l'absence de battements et d'expansion; dans quelques cas cependant on peut observer des battements, la tumeur étant soulevée par l'aorte.

c) La Percussion forte permet de constater l'existence d'une matité absolue, hydrique sur toute l'étendue de la tumeur ; tout autour, on trouve de la sonorité due au refoulement de l'intestin, et cette recherche a une grande importance pour le diagnostic: en haut, cette zone sonore sépare la tumeur du foie; sur les côtés, de la rate et des reins; en bas il existe une zone de sonorité inférieure sur laquelle insistent tous les auteurs, séparant la matité du pubis; elle permet d'affirmer que la tumeur est née sur place, et n'a pas eu un développement ascendant, aux dépens d'un organe du petit bassin.

On ne doit pas négliger la percussion faible; elle dénote, en effet, au devant de la tumeur l'existence d'une zone de sonorité transversale, due à l'interposition d'une anse grêle; elle augmente

ou diminue suivant le degré de réplétion de l'intestin; on peut la rendre plus évidente par certains artifices, tels que l'insufflation de l'intestin ou l'ingestion de poudres gazogènes.

d) Le toucher vaginal sera toujours pratiqué; l'utérus sera perçu en situation normale, et le double palper ne permettra pas de le mobiliser en agissant sur la tumeur; si cependant celle-ci est assez volumineuse pour devenir pelvienne, elle pourra modifier la situation de l'utérus, qui sera dévié à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, mais en restant toujours indépendant du kyste.

e) L'auscultation enfin ne saurait donner que des renseignements négatifs: absence de souffles, éliminant toute idée d'ectasie artérielle.

Evolution. — Dans le cas qui nous occupe de kyste sanguin, développé après un traumatisme, la tumeur est généralement assez rapidement constituée, et d'emblée elle atteint un moyen volume. Dès lors, son évolution sera progressive et fatale.

Néanmoins on observe assez fréquemment des périodes d'amélioration durant lesquelles la tumeur reste stationnaire, et les troubles digestifs semblent s'amender; mais bientôt apparaît une crise aigue qui amène une recrudescence des accidents; aussi si le volume du kyste n'est pas d'emblée assez considérable pour imposer une intervention chirurgicale, voit-on le malade dépérir

rapidement. Nous devons signaler cependant, bien qu'il soit très rare, le processus de guérison observé deux fois, par Menziès et Albutt; des adhérences se forment entre l'intestin et la tumeur dont le contenu s'ouvre dans cet organe; on assiste alors à une débâcle de diarrhée noirâtre, qui peu à peu s'espace et se tarit, et le malade revient à la santé.

Mais le plus souvent la mort est la terminaison du kyste; elle reconnait deux causes: Parfois c'est l'anémie; chez ces malades des numérations de globules opérées en série, permettent de constater une diminution progressive des hématies, coïncidant avec un affaiblissement de plus en plus marqué de l'état général; plus rarement, les symptômes éclatent beaucoup plus brusquement, et comme chez la malade de Walther, on assiste au tableau d'une hémorragie interne grave, avec décoloration des tégments et des muqueuses, petitesse du pouls, tendance à la syncope, et mort rapide, si l'on n'intervient immédiatement: mais ceci est plutôt une complication due à la rupture du kyste. Plus fréquente est la terminaison par les progrès de la cachexie, due à l'intensité des troubles digestifs, a l'amaigrissement et la dénutrition extrême qui en résultent pour le malade.

Formes cliniques. — Telles sont la symptomatologie et l'évolution ordinaires d'un kyste sanguin d'origine traumatique, siégeant dans le

mésentère, de moyen volume, et non compliqué. Le tableau clinique peut présenter des modalités différentes comme nous l'avons exposé plus haut ; après le type ordinaire, nous devons donc décrire quelques formes moins fréquentes.

a) Suivant l'origine. Le kyste que nous avons décrit survient de façon progressive après le traumatisme, et les divers symptômes s'installent lentement. Le début peut être au contraire brusque et dramatique ; d'emblée l'on observe les signes classiques d'une hémorragie interne, mais si pour une raison quelconque on n'a pu intervenir à ce moment, il se peut que les symptômes s'amendent et que l'épanchement s'enkyste, par le même processus qu'une hématocèle rétro-utérine succédant à la rupture d'une grossesse tubaire.

Dans d'autres cas très fréquents, le kyste ne reconnait pas une origine traumatique ; il s'agit d'un kyste séreux transformé. Le moment de cette transformation peut être assez facile à déceler ; le kyste préexistant à l'hémorragie a une évolution des plus variables ; il peut acquérir un grand développement sans déterminer de troubles fonctionnels, ou provoquer au contraire dès le début des désordres digestifs ou une intense douleur ; dans le premier cas on peut saisir le moment de la transformation ; les troubles apparaissent à ce moment, ou, s'ils étaient peu marqués, ils prennent une intensité nouvelle ; de fugaces, ils deviennent fréquents pour s'installer bientôt de fa-

çon définitive; les signes physiques suivent la même marche, et l'augmentation rapide du volume de la tumeur fait songer à la transformation sanguine.

Dans le cas contraire, où le kyste encore séreux a déjà pris un grand volume et a déterminé, des troubles fonctionnels, il n'en est plus ainsi; on peut seulement la présumer et parfois, c'est fortuitement, au cours d'une ponction ou d'une intervention que l'on recueille un liquide hématique.

b) Suivant le volume. — Celui-ci est très variable; il est des kystes très petits qui ne donnent lieu à aucun trouble et qui sont de véritables trouvailles d'autopsie; il en est qui emplissent de leur masse la cavité abdominale; tous les symptômes sont alors exagérés par compression des organes: les vomissements sont plus fréquents, la constipation plus grande; le kyste peut descendre dans le petit bassin et comprimer le rectum et la vessie; enfin on peut observer dans ces cas extrêmes des troubles respiratoires; la dyspnée est intense par suite du refoulement du diaphragme; la circulation se trouve aussi entravée, et l'œdème des membres inférieurs fait son apparition. Ces accidents peuvent être l'origine de crises d'asystolie; mais il s'agit plutôt dans ces cas de complications.

Les signes physiques sont peu modifiés par cette augmentation de volume; seule la mobilité latérale de la tumeur a disparu.

c) Suivant l'évolution. — Nous avons étudié la marche ordinaire vers la terminaison fatale par cachexie ou anémie; nous avons dit les rares cas où une ouverture dans l'intestin amenait une issue favorable. Il en est d'autres où le cours chronique de la maladie est interrompu par l'apparition d'une complication. Il en est qui ne sont pas spéciales aux kystes sanguins et que l'on observe au cours de l'évolution des tumeurs abdominales volumineuses, en particulier des kystes de l'ovaire; elles sont dues à la compression des divers organes; nous avons parlé déjà des troubles respiratoires et circulatoires: ajoutons-y l'ascite, complication très rare, et qui semble résulter aussi bien de l'inflammation du péritoine que de la gêne apportée à la circulation. Signalons aussi la dysurie et la pollakiurie dues à la compression de la vessie; exceptionnellement on pourrait observer de la rétention d'urine.

Beaucoup plus fréquente et plus grave est l'occlusion intestinale. Souvent cet accident a été le premier symptôme de la maladie, et Timbal rapporte une observation de Jeannel significative à cet égard; on voit alors éclater brusquement les symptômes cardinaux de l'occlusion: arrêt absolu des matières et des gaz, vomissements alimentaires bilieux, puis fécaloïdes, ballonnement croissant du ventre avec tympanisme dont les progrès entraînent la disparition de la matité hépatique, petitesse du pouls et abaissement de la

température; on peut difficilement explorer l'abdomen à cause du météorisme; néanmoins, on peut dans certains cas reconnaître la tumeur qui a donné naissance aux accidents, elle devient généralement perceptible si un traitement médical énergique, tel que le lavement électrique a réussi à amener une débâcle · mais presque toujours l'intervention seule permet d'obtenir ce résultat.

D'autres fois, c'est au cours de la maladie, nettement constituée et diagnostiquée, qu'apparaissent les accidents; ils peuvent alors présenter ce caractère aigu, mais plus souvent, ils revêtent la forme chronique de l'obstruction, servant de trait d'union entre les troubles digestifs et la constipation qui sont des symptômes de la maladie, et l'occlusion vraie; ces crises peuvent se répéter, augmenter d'intensité et hâter l'intervention.

Enfin, nous nous contenterons de signaler l'occlusion qui survient après l'opération; elle est due à des adhérences des parois du sac marsupialisé avec l'intestin et rentre dans la classe générale des occlusions post-opératoires.

Lorsqu'elle survient pendant l'évolution du kyste, l'occlusion pourrait être expliquée par la compression de l'intestin, mais l'on sait combien les lésions de péritonite sont fréquentes dans ces cas, et ce sont elles qui le plus souvent occasionnent l'arrêt des matières en paralysant la tunique musculaire de l'intestin. Dans le cas particu-

lier, la péritonite peut être provoquée par l'issue d'une petite quantité de sang dans la séreuse, c'est cette seule pathogénie que l'on admettra lorsque l'occlusion est le symptôme initial, alors que la tumeur est à peine constituée.

A côté de ces cas, notons en passant ceux plus rares où l'hématome du mésentère vient compliquer une occlusion intestinale. Lorsque celle-ci, dure longtemps, les troubles circulatoires peuvent être assez intenses pour produire cet accident; dans l'invagination par exemple, le mésentère est tiraillé entre les cylindres moyen et interne, et tiré par le collier; dans le volvulus, il est tordu et boursoufflé; ses vaisseaux dilatés peuvent se rompre.

Une autre grave complication est la rupture du kyste; dans quelques cas rares que nous avons signalés d'ouverture à l'intestin elle peut être un processus de guérison. Mais plus souvent la tumeur s'ouvre dans le péritoine; mis à part les signes d'hémorragie interne dont nous avons parlé, on peut voir s'installer les signes d'une péritonite, si le contenu du kyste n'est pas stérile. La mort est fatale, si l'on n'intervient alors immédiatement.

L'influence de la tumeur sur l'évolution d'une grossesse est la même que celle des kystes de l'ovaire; si elle est peu volumineuse, elle peut être bien tolérée et la grossesse suit son cours normal; l'accouchement s'opère sans difficulté; dans le cas

contraire, il est fréquent que la grossesse n'arrive pas à terme, et si elle l'atteint, la présence de la tumeur peut être un obstacle insurmontable à l'accouchement.

2) L'on peut rapprocher des kystes du mésentère ceux qui se développent au niveau d'autres replis péritonéaux. Ces kystes sanguins ont même étiologie, même anatomie pathologique que les précédents; ils n'en diffèrent que par quelques détails dans la symptomatologie.

Les kystes sanguins du grand épiploon forment aussi des tumeurs médianes mobiles latéralement; plus superficielles, elles sont en rapport immédiat avec la paroi, et l'on ne trouve pas au devant d'elle une zone de sonorité due à l'interposition de l'intestin.

On connaît un seul exemple de kyste sanguin du petit épiploon; il est du à Richet (1877). La tumeur n'est pas mobile; elle vient faire saillie au dessous du foie et sa matité est difficilement distinguée de celle de cet organe.

Plus fréquentes sont les tumeurs du mésocolon, ascendant, descendant ou transverse. Seul le siège de la matité diffère dans ce cas; ces tumeurs sont mobiles.

3) *Arrière cavité.* — Les signes ne diffèrent que par quelques nuances. En général l'apparition des premiers symptômes suit plus ou moins tardivement le traumatisme: 3 semaines (Hadra), 2

mois (Kulenkampf), 4 mois (Savariaud), jusqu'à 5 ans (Richardson); dans le cas que nous avons pu observer à la Pitié, il s'écoula environ deux semaines. Cette date d'apparition est du reste sous la dépendance de l'abondance de l'hémorragie; mais le plus souvent, pour permettre l'apparition de l'hématome, celle-ci doit être assez peu intense; dans le cas contraire on assisterait au tableau clinique d'une grave contusion de l'abdomen; il y a donc une période latente entre les signes de début, et ceux qui caractérisent la tumeur constituée.

A ce moment ce sont les troubles fonctionnels qui ouvrent la scène. La douleur est très variable; généralement elle siège dans la région épigastrique elle peut présenter les irradiations les plus diverses et avoir son maximum dans le dos au niveau des vertèbres lombaires comme chez la malade d'Auvray; continue ou paroxystique, elle peut faire complètement défaut: c'était le cas de notre malade. Les troubles digestifs sont presque la règle; néanmoins la constipation est moins fréquente ici que dans les tumeurs du mésentère, le kyste n'exerçant pas toujours une forte compression sur l'intestin; en revanche, surtout dans la variété inter-hépato-gastrique on peut noter des vomissements, l'estomac étant refoulé en avant par la tumeur. Notons enfin l'absence complète de troubles digestifs.

La tumeur est le dernier symptôme en date,

et ses caractères sont différents suivant le volume du kyste; c'est ainsi que les signes physiques sont susceptibles de se modifier tout les jours, jusqu'à ce que le volume maximum soit atteint; c'est ainsi que d'abord perceptible à l'épigastre, la tumeur peut envahir successivement les hypochondres et les flancs, dépasser plus ou moins l'ombilic par en bas.

En général la tumeur est lisse et l'on sent souvent de la fluctuation; cependant on peut avoir une sensation de résistance, ou même de dureté ligneuse; la percussion ne révèle une matité étendue que lorsque le kyste a acquis un volume suffisant pour se faire jour soit au dessus soit au dessous de l'estomac; dans le premier cas cette zone mate se continue en haut avec celle du foie; dans le deuxième cas, elle est comprise entre les deux sonorités de l'estomac et du colon transverse; la tumeur encore petite est recouverte par la sonorité gastrique. Enfin on a noté quelques symptômes exceptionnels: c'est ainsi que Mauclaire a noté de la crépitation sanguine à la palpation; chez la malade de Savariaud, la tumeur paraissait animée de mouvements péristaltiques, probablement à cause de la présence de l'intestin vide au devant de la tumeur. Cushing a observé une tumeur pulsatile. Enfin, on a pu obtenir une sensation de ballottement, comme on l'observe au niveau des tumeurs rénales (malade d'Auvray).

DIAGNOSTIC

1) *Mésentère.* — Le diagnostic est parfois très difficile; l'on peut méconnaître le kyste et penser à toute espèce de tumeur abdominale; certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que seules la ponction ou la laparotomie exploratrices peuvent fixer le chirurgien (Bianchi, Arékion); il est certain qu'à l'occasion de ces malades, les diagnostics les plus divers ont été posés avant l'opération; cependant cette opinion semble un peu exagérée, et, avec de la méthode on peut, dans un certain nombre de cas poser le diagnostic de kyste et souvent aussi affirmer sa nature hématique.

Les divers points du problème sont d'ailleurs d'inégale difficulté; on devra d'abord s'efforcer de préciser le siège de la tumeur, et à ce propos il faudra examiner tous les organes de l'abdomen pour s'arrêter au mésentère; une fois la tumeur située, on se demandera si elle est solide ou liquide, et, dans ce dernier cas on éliminera les kystes non hématiques; enfin, si la tumeur n'apparaît pas nettement mésentérique, on devra penser aux hématomes plus rares de l'épiploon, ceux

de l'arrière cavité feront l'objet d'un chapitre spécial.

1) *Diagnostic du siège.* — La premier souci du chirurgien, avons-nous dit, doit-être de situer la tumeur; il doit donc avoir présent à l'esprit dans ses traits principaux le tableau clinique des kystes sanguins du mésentère: tumeur à marche généralement insidieuse s'accompagnant de douleur d'anorexie, vomissements et constipation, pouvant donner lieu à des crises d'occlusion intestinale, et qui présente les signes physiques résumés par Tillaux: « tumeur dont la partie culminante occupe à peu près le milieu du ventre, très mobile dans tous les sens, et surtout latéralement recouverte par des anses d'intestin grêle ». Ces caractères permettront le plus souvent d'éliminer les autres tumeurs abdominales, qui ne les présentent pas groupés de la même façon.

On ne s'arrêtera pas longtemps à l'hypothèse d'un néoplasme intestinal; le siège différent est souvent dans la fosse iliaque droite ou sur l'angle gauche du colon; les signes de sténose sont plus accentués; il existe souvent des hémorragies intestinales, et la tumeur ne tarde pas à retentir sur l'état général, l'amaigrissement et la cachexie sont beaucoup plus rapides que dans le kyste sanguin.

Des considérations de même sorte s'appliquent au cancer de l'estomac; le siège fréquent au voi-

sinage du pylore produit le tableau classique de la sténose; on note fréquemment des hématémèses; d'ailleurs la tumeur lorsqu'elle est perceptible, dans le cas de néoplasme de la face antérieure, est plus haut placée, dans la région épigastrique, et présente des caractères de dureté, d'inégalité qui ne sont pas ceux du kyste.

Le cancer massif du foie sera aussi facilement reconnu; outre les symptômes spéciaux qui l'accompagnent, on sait qu'il donne lieu à une tumeur énorme, dont l'augmentation de volume peut être suivie à vue d'œil; le siège de la matité qui se continue avec celle du foie est d'ailleurs tout à fait différent; l'interposition du colon transverse peut cependant induire en erreur dans certains cas, par l'existence d'une zone sonore entre la matité du foie et celle du kyste. Le cancer secondaire se présente sous une forme nodulaire, marronnée; il y a des signes concomitants, ictère, ascite. Ces signes permettront de faire le diagnostic des autres hypertrophies hépatiques: ictère, hypertrophie de la rate dans la cirrhose de Hanot, grosse rate dans le foie de la syphilis et du paludisme.

Les kystes hydatiques, donnant lieu à une tumeur liquide, seront plus facilement confondus Outre le siège de la matité continuant celle du foie on recherchera les signes particuliers, frottement, frémissement hydatique, qui sont rares et d'interprétation difficile, et surtout les petits si-

gnes du début: urticaire, douleur de l'épaule droite, liposialorrhée, pleurésie droite, épistaxis. etc.

La péritonite tuberculeuse dans sa forme fibro-caséuse sera facilement reconnue par ses zones alternantes de matité et de sonorité (matité en damier); les signes pleuraux qui l'accompagnent souvent aideront aussi le diagnostic.

Une zone sonore existe au devant des tumeurs du rein qui sont rétro-péritonéales; mais elles ont des signes bien particuliers: leur siège tout d'abord dans la région postéro-latérale de l'abdomen; le contact lombaire qu'elles présentent et la sensation de ballottement qu'elles donnent. Le rein mobile s'accompagne de troubles digestifs qui pourraient tromper; mais son siège presque toujours à droite, la sensibilité qu'il présente à la pression, sont déjà caractéristiques; on peut sentir par le double palper que la fosse lombaire est vide de son contenu.

Plus fréquemment, en raison peut-être de sa grande fréquence, on a pris un kyste du mésentère pour un kyste de l'ovaire; l'erreur est cependant facile à éviter: la tumeur de l'ovaire se développe de bas en haut; elle est d'abord latérale et ce n'est que lorsqu'elle a acquis un grand volume qu'elle devient médiane ; la mobilité est moins grande que dans le kyste du mésentère; la percussion ne permet pas de sentir une zone de sonorité au devant de la tumeur qui est en

contact immédiat avec la paroi abdominale; de même il n'y a pas entre elle et le pubis de zone de sonorité; enfin, le toucher montre que l'utérus est dévié du côté opposé.

Mais les deux organes auxquels on peut penser plus volontiers sont le pancréas et la rate.

Les kystes du pancréas, il est vrai, ne sont pas très fréquents, et s'ils siègent sur la tête ou le corps de l'organe, ils peuvent s'accompagner de troubles d'insuffisance pancréatique; mais il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque en particulier, ils siègent sur la queue, ces signes font défaut, car il suffit d'une très petite portion de tissu sain pour assurer le fonctionnement de la glande; tout se borne alors à des troubles digestifs vagues analogues à ceux des tumeurs du mésentère; anorexie, vomissements, constipation. Les signes physiques il est vrai, mettent sur la voie du diagnostic: on se trouve bien en présence d'une tumeur mate et lisse, mais elle est profondément placée d'où mobilité à peu près nulle; elle est bien médiane, mais au devant d'elle se trouve une large zone de sonorité due au refoulement de l'estomac. Il n'en reste pas moins que dans les cas moins typiques, le diagnostic peut être difficile avec les kystes du mésentère, et plus encore avec ceux de l'arrière cavité.

Enfin, bien souvent l'on a pensé à une tumeur de la rate, et, en raison des signes physiques de la tumeur, régularité, matité, souvent fluctuation,

à un kyste hydatique de cet organe; pour être moins communs que ceux du foie, ceux-ci sont, en effet, relativement fréquents. Ici encore les signes fonctionnels peuvent être assez peu accentués; assurément, si le développement de la tumeur est ascendant, on retrouvera des signes thoraciques qui font défaut dans le kyste du mésentère, à moins qu'il n'ait atteint un énorme volume; mais si la tumeur se développe par en bas, elle peut, par compresssion des organes abdominaux, n'entraîner que les troubles vagues que nous connaissons; c'est donc surtout sur les signes physiques que l'on devra s'appuyer; le siège est différent; la tumeur est d'abord latérale gauche; c'est de ce côté qu'elle s'est développée au début, et ce n'est que secondairement qu'elle a pu envahir l'abdomen. La palpation permet généralement de reconnaître le bord antérieur de l'organe qui est tranchant et coupé d'incisures; la mobilité peut exister, et dans certains cas elle est très grande, mais ces cas sont l'exception et l'on ne peut qu'à peine mobiliser la tumeur; l'on peut rechercher le frémissement hydatique, mais l'on sait combien ce signe est infidèle, et son absence ne saurait infirmer le diagnostic. Un symptôme a beaucoup plus de valeur; c'est l'absence de zone sonore au devant de la tumeur; la percussion faible aussi bien que la percussion forte dénote une matité étendue à toute la surface.

2) *Diagnostic de la nature de la tumeur.* — Il

ne suffit pas d'avoir reconnu le siège mésentérique du kyste, il faut encore s'efforcer d'en déterminer la nature, et cette deuxième partie du diagnostic présente dans certains cas de grandes difficultés: certains auteurs n'hésitent pas à le déclarer impossible (Deffains, Arékion). Il est des cas cependant où on l'établira: la notion du traumatisme a une grande importance, si au moins il a été assez violent, et s'il a été provoqué par une violence extérieure agissant en un point limité de l'abdomen. On a vu la tumeur se développer peu de temps après, et le mode de développement de cette tumeur a aussi son importance; le plus souvent, du Roques, elle augmente par poussées successives, séparées par des intervalles durant lesquels elle reste stationnaire; enfin si le traumatisme a été accompagné de signes d'hémorragie interne, auxquels a succédé l'apparition de la tumeur, on pourra presque affirmer le kyste hématique.

Quant aux autres tumeurs liquides du mésentère, elles sont rares, et leur symptomatologie est environnée d'une telle obscurité que le plus souvent on ne peut les diagnostiquer; les kystes dermoïdes sont de petit volume et ont une évolution lente; les kystes chyleux et séreux seraient de plus grand volume; les kystes hydatiques seraient au contraire plus petits, et l'on pourrait dans certains cas déceler à leur niveau le frémissement caractéristique; l'existence antérieure ou conco-

mitante d'une tumeur de cette nature sur un autre organe pourrait diriger le diagnostic de ce côté; mais l'on voit combien ces signes différentiels sont inconstants et faits de nuances; on ne pourra dans tous les cas où le traumatisme n'est pas net, arriver qu'à un faible degré de probabilité.

Restent les moyens de laboratoire qui dans certains cas donneront quelques indications. On appliquera la méthode de la fixation du complément de M. Weinberg; si elle est positive, on croira à un kyste hydatique; on fera aussi un examen de sang qui permettra dans quelques cas de kyste hématique de déceler une diminution de globules rouges. Il resterait un dernier moyen de diagnostic qui est recommandé par certains auteurs, par exemple Augagneur; la ponction exploratrice. Est-ce une pratique légitime? assurément non, car elle est inutile et dangereuse; inutile, car le fait de retirer du sang par ce moyen n'implique pas que l'on ait sûrement affaire à un kyste du mésentère; ainsi ce cas où Winckel prit pour une tumeur de ce genre un kyste de l'ovaire; mais surtout elle est dangereuse; elle expose à la rupture de vaisseaux souvent volumineux qui rampent à la surface de la tumeur, et plus encore à celle de l'intestin qui peut adhérer au kyste; elle n'est point en elle-même curatrice et de plus elle entraîne souvent la production d'adhérences qui compliquent l'o-

pération ultérieure, lorsque l'on se décide à la pratiquer. Dans le cas où malgré tous les efforts du clinicien, le diagnostic reste en suspens, il vaut donc mieux le réserver jusqu'à la laparotomie exploratrice qui sera en même temps curatrice.

3) *Diagnostic des variétés rares* de kystes sanguins du péritoine. — Nous avons dit plus haut les signes propres à chacune de ces variétés; nous reviendrons en quelques mots sur le diagnostic des deux plus fréquentes.

a) Les kystes de l'épiploon sont souvent confondus avec ceux du mésentère; leur diagnostic est à faire avec les mêmes affections; on se rappellera qu'ils sont plus mobiles encore que les précédents, et que leur surface est uniformément mate, sans interposition d'aucune zone de sonorité.

Les kystes du petit épiploon en raison de leur extrême rareté ne seront que très difficilement diagnostiqués; leur matité continuant celle du foie fera croire à un kyste hydatique de cet organe; si la notion d'un traumatisme antérieur oriente les recherches du côté d'un kyste sanguin on croira plus volontiers à un kyste de l'arrière cavité ayant distendu le petit épiploon.

Les signes des kystes du mésocolon se confondant avec ceux des kystes du mésentère, le diagnostic est à faire avec les mêmes tumeurs; le

siège de la matité permettra seul de distinguer les uns des autres.

2) *Arrière cavité.* — Ici encore le diagnostic est très difficile et rarement on l'a fait avant l'opération; dans le cas que nous publions à la fin de ce travail, M. Walther avait cependant présumé l'existence d'un kyste sanguin. Les difficultés sont d'ailleurs inégales suivant les cas, et suivant le développement de la tumeur.

a) Au début, avant l'apparition même de la tumeur, alors qu'il existe seulement des troubles digestifs plus ou moins vagues, la notion de traumatisme peut seul faire soupçonner le kyste; en son absence l'on peut croire à une affection quelconque de l'estomac ou de l'intestin; les troubles digestifs de l'appendicite chronique seront facilement écartés par l'absence de douleur au point de Marc Burney; mais l'on croira facilement à une gastrite, à des troubles digestifs d'origine nerveuse, enfin si les vomissements sont fréquents, les troubles plus accentués, les douleurs vives, à un ulcère ou un cancer de l'estomac.

b) L'apparition de la tumeur ne lève pas tous les doutes; au début alors qu'elle est cachée derrière l'estomac, dont on décèle la sonorité au devant d'elle, il est relativement facile de la limiter dans l'arrière cavité, et alors le seul diagnostic consiste à la situer dans la cavité elle-même et non dans les organes qui limitent cette

cavité: nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Lorsque la tumeur a acquis un grand développement, elle peut, avons-nous dit, se développer au-dessus ou au dessous de l'estomac; dans le premier cas, on a cru surtout à un kyste hydatique du foie, nous avons insisté déjà sur ce diagnostic à propos des kystes du mésentère ici la difficulté est plus grande, les deux matités se continuant; on a cru aussi à une vésicule distendue; on recherchera chez le malade l'existence d'accidents lithiasiques antérieurs; s'il s'agit de cholécystite on fera le diagnostic par l'existence de phénomènes généraux, et en particulier de la fièvre biliosceptique, dont le type est spécial; s'il s'agit d'une simple dilatation consécutive à l'oblitération du canal cystique on se trouvera en présence d'une tumeur mate, dont la matité se continue avec celle du foie, ayant son centre ou niveau de l'intersection du rebord costal et du bord externe du droit; les commémoratifs seuls permettront le diagnostic.

Lorsque la tumeur se développe au dessous de l'estomac, c'est-à-dire suivant le type inter gastro colique, le plus fréquent, on pourra croire à une tumeur rénale, ou du mésocolon transverse; nous avons dit les signes spéciaux de ces affections. Mais dans tous les cas les organes les plus difficiles à éliminer sont ceux qui limitent l'arrière cavité, estomac, rate et surtout pancréas; dans ce

dernier cas, les signes sont les mêmes; c'est par une étude attentive des commémoratifs que l'on pourra relever l'existence d'un traumatisme qui éclaire le diagnostic. Il faut reconnaître avec Reynier (Rapport à la Société de Chirurgie sur l'observation de Cavariaud) que l'on n'y pense pas assez en présence d'une tumeur développée dans cette région après un traumatisme. Signalons enfin, un dernier moyen de diagnostic indiqué par Guinard dans cette même séance: l'insufflation de l'estomac qui fait disparaître la tumeur et limite le diagnostic aux affections de l'arrière cavité.

PRONOSTIC

Il est facile de déduire du tableau clinique que nous avons tracé la gravité des kystes sanguins, l'évolution étant à peu près fatalement progressive, le malade finira par succomber par anémie ou cachexie ; d'autre part la possibilité de complications, telles que la rupture ou l'occlusion intestinale qui peuvent survenir en quelques heures, et compliquer l'intervention chirurgicale, impose à celle-ci la plus grande précocité possible ; on la pratiquera donc dès le diagnostic posé, et si celui ci est impossible c'est encore à l'opération que l'on aura recours, tant pour l'établir que pour guérir le malade.

TRAITEMENT

Que sera cette intervention ? Depuis environ 25 ans, elle a passé par les diverses phases qu'ont parcourues les opérations abdominales en général grâce aux progrès constants de l'asepsie.

1) Au début la *ponction* était la seule opération que l'on osât, et Augagneur la préconisait; nous avons montré les dangers de cette méthode qui doivent aujourd'hui la faire rejetter systématiquement : il y a déjà quelque 20 ans que Arékion et Braquehaye l'avaient déjà rejettée. Sans insister sur ses dangers, blessure de vaisseaux, péritonite, qui tiennent à ce que c'est une intervention aveugle, nous dirons qu'elle est de plus très souvent inefficace; le liquide se reproduit en effet après elle, et le malade de Reclus dut être ponctionné 5 fois; parfois la tumeur disparaît durant un certain temps pour se reformer ensuite. Aussi a-t-on tenté de compléter la ponction par l'injection d'un liquide susceptible de modifier la paroi du kyste et de s'opposer à la reproduction de la tumeur; le plus souvent on s'est adressé à la teinture d'iode, et l'on a obtenu quelques guérisons

définitives (cas de Michalshi de Cheyron); Timbal qui a recherché tous les cas de ponction simple, ne trouve qu'une guérison; celle de Bristowe. En revanche les cas de mort sont nombreux, ainsi que ceux où la récidive a nécessité une opération plus efficace.

2) Les progrès de l'asepsie rendant les chirurgiens plus audacieux, on s'adressa bientôt à l'opération la plus radicale: *l'extirpation;* elle consiste, après laparotomie médiane, à faire d'abord la décortication de la tumeur recouverte par les feuillets du mésentère en avant, à la ponctionner ensuite, pour pratiquer plus aisément la décortication de la partie postérieure; on enlève ainsi en bloc toute la tumeur et il ne reste plus qu'à faire une hémostase soignée pour refermer sans drainage. Duret, Duplay et Reclus ont vanté cette méthode, comme plus radicale que tout autre, et relativement facile dans les cas où il n'y a pas d'adhérences trop intime entre les parois de la poche et les organes voisins.

Mais on s'aperçut bientôt que ces avantages sont surtout théoriques et que la méthode n'est pas sans présenter de graves inconvénients. C'est d'abord une opération beaucoup plus difficile et plus longue que la marsupialisation; la tumeur est en effet presque toujours adhérente à l'intestin, et il se peut qu'au cours des manœuvres le chirurgien blesse cet organe; le kyste peut se rompre avant qu'on n'ait pu en pratiquer la ponc-

tion, et le malade se trouve exposé à la péritonite; ce sont là, des accidents qu'un peu de douceur, de science, et « d'expérience chirurgicale », suivant l'expression de Duret permettent d'éviter; mais il n'en reste pas moins que l'opération est longue, et par le fait les chances d'infection plus nombreuses et le schock plus considérable.

A côté de ces inconvénients généraux, il en est d'autres spéciaux à chaque cas; ainsi l'irritation du plexus solaire avec lequel la portion profonde de la tumeur affecte parfois d'intimes rapports, et qui expliquerait les cas de mort subite observés; si cette irritation est plus légère, tout peut se borner à une syncope, ou même à des vomissements et une cyanose passagère; d'autres fois, les vaisseaux qui rampent à la surface de la tumeur sont si nombreux que l'hémostase reste incomplète, ou bien, il se produit une hémorragie en nappe due a la rupture des adhérences, et le malade meurt d'hémorragie interne. De plus, ainsi que le fait remarquer Rasch, il est arrivé qu'au cours des manœuvres on enlève une partie du mésentère, en privant l'intestin d'un vaisseau nutritif important; la nécrose et la perforation en sont la conséquence.

Enfin, c'est surtout après l'ablation que l'on observe des cas d'occlusion intestinale post-opératoire, des adhérences venant couder l'intestin ou obstruer sa lumière.

L'extirpation reste cependant une excellente

méthode dans certains cas: ceux où la tumeur forme un véritable kyste bien limité dont les parois peuvent être facilement isolées des tissus voisins, et Timbal a réuni cinq cas de guérison parfaite par cette méthode (Lauenstein, Gross, Buttar, Chardon, Hahn); on peut leur ajouter celui de Wiess mais c'est s'exposer à des mécomptes que de la tenter dans les cas nombreux, ou l'on se trouve en présence d'un hématome primitivement diffus, qui s'est circonscrit secondairement en adhérant aux organes voisins; on rencontre alors de grandes difficultés, et si le malade ne meurt pas d'un des accidents que nous avons énoncés, il peut être assez violemment schocké, pour ne pas survivre à l'intervention.

3) On se bornera donc dans ces cas à appliquer la troisième méthode, qui tout en étant moins radicale moins chirurgicale, et satisfaisant moins l'esprit, est une excellente opération: la *marsupialisation*. La simplicité de son exécution est son premier avantage. L'incision sera généralement médiane, néanmoins le siège est subordonné à la situation de la tumeur et l'on pourra inciser à droite ou à gauche de la ligne médiane, sur la saillie maxima. Sa longueur est également variable, mais elle sera suffisante pour permettre un accès facile sur la tumeur; après incision du mésentère une ponction avec le gros trocart, permet d'évacuer le contenu du kyste; si cette évacuation paraît incomplète, on peut pratiquer l'aspira-

tion; le péritoine étant soigneusement protégé par un lit de compresses aseptiques, un coup de ciseau agrandit l'orifice de ponction et l'on explore soigneusement la paroi interne, pour la débarrasser des caillots qui se laissefit facilement détacher; si cette paroi n'est pas trop adhérente aux organes voisins au pourtour de l'incision, on peut en réséquer une partie, pour abréger la durée de la cicatrication; enfin l'on marsupialise, en suturant les bords à la paroi abdominale soit en passant des fils de catgut qui prennent à la fois la poche et la paroi musculo-cutanée, soit en deux plans dont l'un unit poche et péritoine pariétal, le second unissant le premier à la peau; il semble inutile de faire l'opération en plusieurs temps, de ne ponctionner qu'après fixation préalable à la paroi. Enfin l'on drainera avec un gros tube, sans qu'il soit utile d'installer un tamponnement.

Les suites opératoires sont simples; on a soin de raccourcir progressivement le drain, sans toutefois diminuer son calibre, pour permettre à la poche de se combler par la profondeur, et l'on peut généralement l'enlever vers le 8e jour, en même temps que les fils cutanés; dans quelques cas la guérison est longue et c'est le reproche principal que l'on ait adressé à la méthode; certains malades restèrent plus de deux mois à l'hôpital, et même jusqu'à quatre et cinq (opér. de Binaud et Ruotte); mais ce sont là des cas exceptionnels

et Timbal a recueilli quinze cas de guérison auxquelles nous pouvons ajouter celui que nous avons observé dans le service de M. le Dr Beurnier; la malade guérit en un mois.

On a cependant adressé quelques critiques à cette intervention: on lui a reproché d'exposer à la rupture du kyste, à des hémorragies secondaires se produisant dans la poche et à l'occlusion intestinale; néanmoins, il est certain que ces complications sont plus à craindre avec la méthode précédente. On lui a reproché des accidents septicémiques favorisés par la facilité avec laquelle le mésentère absorbe les produits toxiques résorbés au niveau de la poche; on les évite en suivant attentivement ses malades après l'opération; loin de les abandonner à eux-mêmes, on doit surveiller le drainage, faire des lavages s'ils deviennent nécessaires. Enfin la marsupialisation ne semble pas, plus que l'extirpation, exposer aux récidives; une seule a été observée par Lawson-Tait, qui avait fait plutôt une ponction après laparotomie.

Cette opération pratiquée pour la première fois par Lohleïn en 1889 puis par Arékion et Braquehaye, a joui rapidement d'une grande fortune, en raison de sa simplicité qui la rend applicable à tous les cas et fait son pronostic bénin; on peut donc conclure avec Duval que sans rejeter systématiquement l'extirpation, on doit la réserver au cas où « elle n'est pas rendue trop

difficile par des adhérences intimes de la poche kystique aux vaisseaux et aux organes voisins ».

Arrière-cavité. — Les mêmes données s'appliquent au traitement des kystes sanguins de l'arrière-cavité.

Pour les mêmes raisons, on doit rejeter la ponction; elle n'a été pratiquée que deux fois; dans un cas, celui de Duplay, le résultat est inconnu, le malade ayant quitté l'hôpital, incomplètement guéri, avec un empatement épigastrique; dans le cas de Sutherland, le malade mourut d'une maladie intercurrente (entérite tuberculeuse).

Dans deux cas seulement, on aurait pratiqué l'extirpation; on ne comprend pas bien l'application de cette méthode à un pseudo-kyste dépourvu par définition de paroi propre ; comme nous l'avons fait remarquer à propos de l'anatomie pathologique, ce sont les organes qui délimitent l'arrière-cavité qui constituent en même temps toute la paroi du kyste; ils peuvent être revêtus de fausses membranes, et peut-être est-ce l'extirpation de ces fausses membranes qui a été réalisée dans les deux cas mentionnés; mais c'est là une méthode dangereuse qui expose aux hémorragies, et dont l'utilité est très problématique; d'ailleurs les renseignements sur ces deux cas sont insuffisants; le malade de Michaux, porteur d'un kyste d'origine probablement trauma-

tique mourut rapidement après l'opération; celui d'Ève guérit.

Mis à part ces quelques cas, on a toujours pratiqué l'ouverture en un ou deux temps suivie ou non de marsupialisation. Les deux cas d'ouverture en deux temps sont anciens. Vinar rapporte 23 cas d'ouverture en un temps; il faut y ajouter sept opérations nouvelles depuis 1905, y compris celles que nous avons vue pratiquer par M. le Dr Walther et M. le Dr Beurnier; nous en donnons d'autre part la liste.

La technique est simple; l'incision sera un peu différente suivant l'évolution du kyste vers la grande ou la petite courbure de l'estomac; on se laissera guider par la saillie maxima de la tumeur; elle conduira le plus souvent sur l'épiploon gastro-colique, entre la grande courbure en haut et le colon transverse en bas; plus rarement on sera conduit sur le petit épiploon entre le hile du foie et la petite courbure; quoiqu'il en soit dans les deux cas, après avoir incisé l'un ou l'autre de ces feuillets péritonéaux, on tombera dans l'arrière-cavité, dont on devra évacuer le contenu; l'enlèvement des caillots sera pratiquée avec douceur, pour ne pas amener d'hémorragie nouvelle aux dépens des néo-membranes qui tapissent la cavité; on devra ensuite s'efforcer de marsupialiser, c'est-à-dire de fixer les lèvres de la brèche épiploïque à celles de l'incision cutanée, pour faciliter le drainage, et éviter la pénétration dans

le péritoine du suc pancréatique qui peut se trouver contenu dans le pseudo-kyste; néanmoins s'il est impossible de pratiquer cette marsupialisation, on ne devra pas s'en effrayer outre mesure, et l'on se contentera d'installer un drainage dans la cavité, comme l'a fait Auvray; dans certains cas, l'on a fait une contre ouverture lombaire pour y placer un drain; cette manœuvre parait inutile.

Le résultat de cette opération est bon; sur les 23 cas rapportés par Villar, on note 3 morts; chez le malade de Lloyd, il y avait eu faute opératoire; celui de Soubblovitch mourut en deux jours d'infection péritonéale ; celui de Schwartz (1885) mourut rapidement aussi avec des accès de subdélirium; dans les cas publiés depuis, on ne note pas de mort.

Les chances d'éventration sont un peu accrues du fait du drainage; mais on peut y remédier presque toujours par une bonne suture.

Dans quelques cas une fistule a persisté durant un temps variable, six semaines dans celui de Kulenkampf, deux mois dans celui de Littlewood; on trouve cet incident signalé encore dans les observations de Cushing, Custom, Jeannel, Schwartz (1902). Parfois, le liquide qui s'écoule par la fistule, d'abord purulent revêt bientôt les caractères chimiques du liquide pancréatique; on se trouve bien dans ces cas d'instituer le régime diabétique; c'est ainsi que Savariaud eut l'idée d'agir chez son malade qui présentait depuis

deux mois une fistule de cette nature; l'écoulement de liquide se tarit rapidement. Graf a agi d'une manière analogue. Un seul cas de récidive a été noté chez le malade de Schwartz, qui guérit à la suite d'une deuxième intervention.

OBSERVATIONS

Les observations que nous avons cru devoir annexer à ce travail peuvent se diviser en 3 groupes.

Dans le premier, nous avons réuni tous les cas de mort imputables à la marsupialisation. Ils sont rares, et presque toujours les conditions défavorables dans lesquelles a été entreprise l'opération donnent la clef de l'insuccès.

Dans le second, nous avons réuni la plupart des cas d'ablation; ce groupe ne comprend pas, évidemment, de kyste de l'arrière-cavité.

Enfin, dans le troisième, nous avons joint à nos deux cas personnels, ceux récents qui n'ont pas encore été l'objet d'un travail d'ensemble.

I. — Cas de marsupialisation suivis de mort

Nous trouvons ici les cas de Mauclaire et Desaruaux, Soubblovitch, et Schwartz (Mérigot de Treigny) pour l'arrière cavité.

Dans le premier, le malade au moment de l'opération présentait des phénomènes péritonéaux par réaction de voisinage; dès lors le pronostic devenait celui d'une péritonite opérée d'urgence.

Dans le cas de Soubblovitch, une suture a cédé, expliquant l'infection de la cavité péritonéale.

C'est encore l'infection péritonéale qui enlève le malade

de Schwartz; remarquons que l'opération a été pratiquée en 1885, à une époque où la technique des opérations abdominales n'était pas encore bien réglée.

Pour les kystes du mésentère, nous trouvons seulement le cas de Fossard et Lecène; le malade mourut de collapsus.

OBSERVATION I

Hématome non traumatique de l'arrière-cavité des épiploons. — Evacuation et drainage à travers l'épiploon gastro-colique. — Mauclaire et Désarnaux. *Bulletin de la société anatomique.* juillet 1902.

F..., 52 ans, entre le 8 juillet 1902 à l'hôpital Bichat, pour tumeur abdominale accompagnée de vomissements incessants, et de dyspnée.

Antécédents. — Début en février par embarras gastrique avec ictère; celui-ci disparaît en trois semaines; jusqu'au 10 juin, affaiblissement sans amaigrissement notable, sans œdèmes ni douleurs. Le 10, apparaissent des vomissements; l'abdomen augmente de volume à vue d'œil; une dyspnée intense et de violentes douleurs s'installent jusqu'au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'examen local on constate l'existence d'une tumeur sus-ombilicale, du volume d'une tête d'adulte, lisse, à contours nets, ne se déplaçant pas latéralement, ni de bas en haut; sa matité se confond avec celle du foie, et descend jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic; on n'a pas la sensation de flot, mais, à droite de la tumeur, on a la sensation d'une crépitation neigeuse amidonnée. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal; le facies est altéré, le pouls petit, la temp., 39°5.

Diagnostic: tumeur kystique avec péritonite de voisinage.

Opération. — Après incision de la paroi, on tombe sur l'épiploon gastro-colique qui est ouvert; une grande quantité de sang noirâtre s'échappe de l'arrière-cavité.

Tamponnement avec un Mickuliez; drainage, marsupialisation. La malade reste très affaiblie; le pouls ne se relève pas; mort environ 6 heures après l'intervention.

Autopsie. — Le pancréas est réduit en bouillie; nodules cancéreux dans le foie. Vésicule normale; ganglions cancéreux le long de la petite courbure de l'estomac. M. Mauclaire pense que l'hématome a eu pour origine un des vaisseaux qui entourent la tête du pancréas.

OBSERVATION II

Kyste hématique du pancréas. — Opération. — Mort. Soubblovitch. — Congrès de méd., 1900.

S. I., femme, 27 ans, entre à l'hôpital de Belgrade le 30 octobre 1894. Il y a deux ans, à la suite d'une contusion de la région de l'hypochondre gauche (chute) la malade ressent une violente douleur; une tumeur apparaît, augmente progressivement de volume; les douleurs deviennent plus intenses; la malade entre à l'hôpital. La tumeur du volume d'une tête d'enfant, dépasse en bas l'ombilic, se prolongeant à droite au-delà de la ligne médiane. Tumeur lisse, peu mobile transversalement, suivant les mouvements respiratoires, séparée du foie par une zone tympanique. L'injection gazeuse permet de constater que l'estomac se trouve au-dessus, et le colon transverse au niveau même du pôle inférieur de la tumeur. Rien dans les organes génitaux.

Opération le 5 novembre 1894. — La tumeur est recouverte par le grand épliploon que l'on dissèque; on voit alors que la face postérieure de l'estomac adhère intime-

ment à la partie supérieure de la tumeur; la face antérieure de celle-ci est recouverte par le feuillet pariétal de l'arrière cavité. Ponction qui permet de retirer un litre et demi de liquide hémorragique. Marsupialisation.

Le 7 novembre apparaissent des symptômes d'infection péritonéale qui emporte la malade.

Autopsie. — L'on constate qu'une suture a cédé d'où formation d'une communication entre la poche et la grande cavité qui avait été le point de départ de la péritonite.

OBSERVATION III

Kyste hématique de l'abdomen, situé entre le pancréas et l'estomac. — Laparotomie, mort, autopsie par Mérigot de Treigny. *Bull. de Soc. anat.*, octobre 1885.

C. A., 32 ans, jockey, entre à Beaujon le 17 août 1885 pour tumeur de l'abdomen; on relève dans son passé des chutes nombreuses, l'une entr'autres, il y a 5 ans. Les troubles fonctionnels n'ont pas duré plus d'une quinzaine de jours, et le malade vient seulement pour sa tumeur. Celle-ci siège à l'union de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. L'ensemble des signes physiques permet à M. Schwartz de penser à un kyste péritonéal.

Ponction le 23, retire 500 gr. de liquide brunâtre, qui se reproduit rapidement.

Opération le 8 octobre. Incision médiane; une brèche pratiquée sur le grand épiploon permet d'atteindre la tumeur que l'on ponctionne pour en retirer 700 gr. de liquide.

Marsupialisation. — Drainage.

Des signes de réaction péritonéale apparaissent le soir et se continuent le lendemain; le malade meurt avec facies péritonéal, sub-délirium, météorisme, vomissements. T. 38°. P. 112., le 10 octobre.

L'*autopsie* montre des anses injectées, sans fausses membranes ; pas d'épanchement dans la grande cavité ; la poche kystique paraît bien étanche.

OBSERVATION IV

Kyste hématique du mésocolon transverse. — Fossard et Lecène. *Bulletin de la Société anat.*, décembre 1900.

Mme L..., 26 ans, entre dans le service de M. le Dr Bouilly, le 18 décembre 1900, pour une tumeur de l'abdomen.

Antécédents. — Rien de particulier. Début de la tumeur il y a deux ans. Etat stationnaire depuis un an. Il y a six semaines douleur brusque et violente sans vomissements. Depuis, constipation. Au palper, tout l'abdomen est empli par une masse liquide rénitente, dure, limitée en bas par une zone de sonorité, bombant surtout dans la région susombilicale.

Au toucher, utérus rétrofléchi; culs de sac libres.

Diagnostic: Kyste pancréatique ou kyste de l'ovaire.

Opération. — Le 20 décembre, laparotomie médiane sus et sous ombilicale. On tombe sur le kyste qui semble adhérent partout. La ponction permet de retirer environ 3 litres d'un liquide sanguinolent couleur chocolat. La masse étant adhérente de tous côtés, on renonce à l'extirpation; on sectionne la moitié de la poche, et pour le reste on pratique la marsupialisation. Drainage. Paroi à 3 plans.

Suites opératoires. — La malade paraît un peu schokée; pouls 60. Le lendemain matin, temp., 38°3. Le pansement est défait; aucune hémorragie; ventre souple. Le soir, T. 39°. Mort le lendemain avec signes de collapsus.

Autopsie. — Absence de péritonite et d'occlusion intestinale; rien d'anormal au niveau de kyste.

II. — **Cas de kystes du mésentère traités par l'ablation**

OBSERVATION V

Kyste du mésentère. — DRUCBERT. *Archives générales de chirurgie*, 1908, n°2.

Mme X., sans autres antécédents que des crises d'entéro-colite muco-membraneuse a constaté depuis dix mois, la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite; cette masse du volume du poing est arrondie, lisse et peu mobile. Au toucher, il semble que les mouvements imprimés à l'utérus se transmettent à la tumeur.

Diagnostic: kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé.

Opération le 20 novembre 1907. — On constate que la tumeur n'est pas développée aux dépens d'un organe du petit bassin; c'est un kyste siégeant le long du bord interne du colon ascendant. Le péritoine est incisé le long du bord externe du colon ascendant qui est récliné à gauche. Le kyste est facilement clivé en arrière; on a quelque peine à le détacher du mésocolon.

Après ablation de la tumeur, la brèche péritonéale est fermée par quelques points.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION VI

Un cas de volumineux kyste hématique rétro-péritonéal. — CHARDON. *Bull. de la Société anatomique*, avril 1906.

Mme B. M., 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph pour une tumeur abdominale. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

A 14 ans, la malade a fait une chute d'une hauteur de 7 mètres environ, chute en deux temps, d'abord sur une pile de fagots, puis à terre; la malade s'alite huit jours avec un peu de fièvre, puis reprend peu à peu ses occupations pour ne se ressentir de rien au bout d'un mois.

Deux ans après l'accident, la malade remarque par hasard la présence d'une tumeur qui augmente d'abord lentement puis assez rapidement. Au moment où elle se décide à entrer à l'hôpital, on constate à la vue une légère voussure du flanc droit; la palpation délimite une tumeur emplissant l'adbomen de forme arrondie, régulière, mobile et dure. L'utérus petit n'a aucune connexion avec la tumeur ; le foie, les reins, en sont aussi reconnus indépendants.

Opération. — Incision médiane; une masse volumineuse, fluctuante occupe le flanc droit; elle semble développée dans le mésocolon ascendant, à l'origine du mésocolon transverse; le colon ascendant est rejeté en dedans par la tumeur ; on recline encore en dedans cet organe, pour pouvoïr inciser le péritoine sur la tumeur ; celle-ci est énucléée lentement après ligature des nombreux vaisseaux qui l'irriguent sans que l'on rencontre un véritable pédicule. Le kyste mesure 17 centimètres de diamètre; ses parois sont constituées par du tissu conjonctif, il renferme deux litres d'un liquide hématique brun chocolat. On y trouve quelques caillots sanguins.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION VII

Cunéo. — *Un cas de kyste du mésentère. — Archives gén. de médecine,* février 1909

Mme D., 31 ans, entre le 27 août 1906 à l'hôpital pour une tumeur abdominale déterminant des douleurs et des

troubles digestifs, emplissant la partie inférieure de la cavité abdominale, remontant au-dessus de l'ombilic, mate, fluctuante, indépendante de l'utérus; le diagnostic porté est: kyste de l'ovaire.

Opération. — A l'ouverture du ventre, on reconnait une tumeur indépendante des annexes, et placée en arrière du péritoine. On pense à un kyste séreux dit du mésentère, c'est-à-dire à une tumeur développée aux dépens de débris séreux par vice de coalescence; on renonce à aborder la tumeur en passant à travers un des intervalles limités par les vaisseaux coliques, et l'on décide de pratiquer le décollement du mésocolon descendant.

Donc incision du péritoine en dehors et au ras du colon descendant; le décollement est facile, et la masse kystique mise à nu; la partie postérieure est décollée sans la moindre hémorragie. Le colon est replacé dans sa situation primitive, le péritoine postérieur suturé, sauf pour le passage d'un drain. On ferme la plaie abdominale au moyen d'une suture à 3 plans.

Le drain est enlevé le deuxième jour; la guérison s'effectue sans incidents.

OBSERVATION VIII

Seefisch. — *Cas de volumineux kyste sanguin chez un enfant.* — *Centrabblatt fur Chirurgie,* t. XXXVI, n° 40 octobre 1909.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans qui depuis plusieurs semaines présentait les signes objectifs d'une tumeur de l'abdomen apparue sans qu'un traumatisme soit mentionné. Le petit malade était envoyé avec le diagnostic de tuberculose péritonéale.

A l'opération, l'on trouve un énorme kyste du grand

épiploon, renfermant deux litres 1/2 à trois litres d'un liquide presque entièrement sanguin. Traitement par l'extirpation.

Guérison.

OBSERVATION IX

Lauenstein. — *Sur un cas de kyste du mésentère.* — *Aid. trablat für chirurgie* 1893, n° 34, p. 746.

Il s'agit d'un machiniste de 31 ans entré, le 11 août 1892 à l'hôpital.

Le malade, sans que mention soit faite d'un traumatisme, avait ressenti de violentes douleurs pendant 3 jours en 1887. On vit apparaître peu après une tumeur qui atteignit le volume de la tête; cette tumeur médiane descendait jusqu'au pubis; mate à la percussion, elle présentait le phénomène de la fluctuation.

Une ponction exploratrice permet de retirer un liquide rouge sanglant. Le diagnostic de kyste du mésentère est porté, et la tumeur enlevée par laparotomie bien qu'elle fut très adhérente.

Guérison.

OBSERVATION X

Blanc. — *Kyste sanguin du mésentère.* — *Loire Médicale,* septembre 1896. Cité par Wiess. *Loire Médicale* 1910, n° 5.

B. T., 29 ans, entre à l'hôpital le 10 mars 1894 pour tumeur abdominale; il y a deux ans douleur brusque et vive dans la région ombilicale, sans que l'on puisse déceler de traumatisme; l'augmentation de volume du ventre a com-

mencé il y a huit mois. La douleur n'existe plus au moment de l'entrée de la malade; on note seulement des troubles digestifs; bon état général. La tumeur médiane, sous-ombilicale, descend à trois travers de doigts du pubis: mobile transversalement, et dure. Les organes du petit bassin ne présentent avec elle aucune connexion. On porte le diagnostic de kyste du mésentère.

Opération. — Incision médiane. La tumeur est adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon. Ces adhérences sont facilement rompues, et par ponction l'on retire environ un litre de liquide hématique. L'énucléation de la tumeur pénible demande environ une heure. On laisse seulement une partie du kyste large environ comme une pièce de deux francs, et pas trop adhérente à l'intestin.

Fermeture du ventre en 3 plans sans drainage. La malade guérit sans incidents, et quitte l'hôpital au bout de 4 semaines.

III. — **Cas récents**

OBSERVATION XI

AUVRAY. — *Péritonite ankystée ou pseudo-kyste de l'arrière Cavité des épiploons. Gaz. Hôpit.*, Novembre 1910

Mlle M... 40 ans, entre en Mai 1910 à l'hôpital Dubois, pour des accidents d'occlusion intestinale incomplète.

Le 27 avril 1910, la malade tombe sur les genoux en voulant monter sur un trottoir, et le côté droit de l'abdomen heurte violemment le sol. Douleur immédiate très vive, disparaît à peu près complètement le lendemain.

Dans la nuit du 29 au 30, douleur très violente dans le dos; elle se localise le lendemain dans la fosse lombaire

droite et le flanc droit. Des vomissements surviennent le 2 mai, accompagnés d'une constipation opiniâtre, mais la malade continue à émettre des gaz.

Depuis le 27 avril elle a remarqué que son abdomen a augmenté de volume. La situation s'aggrave bien que des purgations amènent quelques selles, jusqu'à l'arrivée de la malade à l'hôpital.

L'abdomen est considérablement balonné, mais dans le flanc droit, la palpation permet de limiter une voussure, la paroi ne se laisse pas déprimer. Par le palper bimanuel de la région lombaire droite, on délimite une tuméfaction donnant naissance à du ballottement et que l'on rattache à la région lombaire droite. Il n'existe rien du côté des organes génitaux.

La température =37°2; le pouls faible bat à 144. Ce qui domine donc dans l'état de cette malade, ce sont des phénomènes d'obstruction intestinale probablement dus à la compression exercée par une tumeur périrénale d'origine traumatique.

Opération. — Incision latérale droite de 15 centimètres dont les deux extrémités sont à égale distance de l'ombilic; le colon ascendant et le colon transverse sont fortement distendus par les gaz. La région pylorique de l'estomac est fortemenet refoulée par une collection qui occupe l'arrière cavité des épiploons ; une éraillure accidentelle de l'épiploon gastro-colique provoque l'issue d'un liquide d'abord clair puis teinté de sang; sa quantité est d'environ trois litres. La brèche est agrandie; la collection complètement évacuée.

Le doigt introduit dans la poche, ne reconnait aucune lésion des organes limites ; il est impossible de pénétrer soit de dedans en dehors, soit en sens inverse, dans l'hiatus de Vinslow.

Un drain est laissé dans la plaie; pas de marsupialisation.

La malade guérie quitte l'hôpital le 26 juin.

OBSERVATION XII

P. GRAF. — *Kyste traumatique du pancréas* (*Muenchener medizinische wochensehrift. t.* LVII, 4048. 49, novembre 1910, analysé in *Journal de chir.*, février 1911.

Homme de 25 ans a été, quatre ans avant son entrée à l'hôpital, serré violemment au niveau du rebord costal droit. Il ressent alors une vive douleur et est pris de vomissements. Trois mois et demi après, apparaît dans la région de l'hypocondre droit une tuméfaction douloureuse à la pression.

L'état s'aggrave brusquement ; au moment de l'entrée du malade la température = 39°5 le pouls = 106. La moitié droite de l'abdomen est distendue; au dessous du foie, on délimite une tumeur profonde, douloureuse. On intervient par laparotomie médiane à ce niveau. On reconnait une poche indépendante du foie, recouverte par l'extrémité pylorique de l'estomac. On parvient avec peine à dégager sa face antérieure sur une étendue de 5 centimètres.

Cette partie libre est fixée à la paroi, et, 6 jours plus tard, on évacue avec un trocart, 250 cc. de liquide muqueux coloré par du sang et de la bile. Dans les jours qui suivent, des accidents d'occlusion intestinale, dus à une coudure du grêle au niveau de la brèche, obligent à une nouvelle intervention.

Le kyste est drainé au moyen d'une sonde de Nélaton et l'on pratique des lavages de la cavité suivis d'injections de teinture d'iode. Cette sonde doit être laissée 6 semaines, car la fistule laisse échapper du suc pancréatique.

La sécrétion faible au début, car à ce moment le malade ne recevait d'autre alimentation que du sérum, a augmenté

lorsque le malade a été alimenté par la bouche, pour diminuer lorsque l'on a supprimé de son régime les hydrates de carbone.

OBSERVATION XIII

Pseudo-kyste pancréatique consécutif à un épanchement de bile et de suc pancréatique dans l'arrière cavité. Marsupialisation; petite fistule-pancréatique guérie par le régime diabétique. — Dr SAVARIAUD. — Rapport du Dr Reynier. *Bull. de la Société de chirurgie,* juin, 1909.

Homme de 39 ans entre à Lariboisière le 7 novembre 1907 dans un état demi-comateux; se plaint de vives douleurs abdominales; devant l'absence de symptômes nets, on n'intervient pas immédiatement; le malade quitte l'hôpital au bout de 15 jours. Peu de temps après, nouvelles douleurs, amaigrissement, vomissements; on découvre une forte saillie à grand axe vertical immobile, mate à la percussion et fluctuante; elle comprime l'estomac, d'où les vomissements, le diagnostic est hésitant entre un épanchement de bile et un kyste hydatique du foie.

Opération. — L'incision parallèlle aux fibres du grand droit, permet de découvrir le bord inférieur du foie, au-dessous duquel apparaît le kyste de couleur gris rosé, distendant le petit épiploon entre le foie et la petite courbure. Ponction du kyste qui donne issue à environ un litre de liquide, on place un gros tube dans la cavité, on suture l'orifice au péritoine pariétal, et l'on referme.

Suites opératoires. — Le tube est enlevé au bout de quelques jours. Mais on est bientot obligé de draîner de nouveau car la sécrétion continue, et l'on remarque que le liquide clair irrite la paroi abdominale; on soupçonne une fistule pancréatique, et, de fait, l'on constate que le liquide,

fortement alcalin, transforme l'amidon en glucose et les albuminoïdes en peptones.

M. Reynier ayant eu l'idée de soumettre le malade au régime diabétique, la fistule qui persistait depuis deux mois est tarie en quinze jours.

OBSERVATION XIV

BLANC ET PORTE. — *Péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons.* — *Loire Médicale* 1907, t. XXVI, p. 438-40

Malade entré à l'hôpital le 26 avril 1907 avec des signes de réaction péritonéale localisée dans la région épigastrique, et survenue à la suite d'un traumatisme. L'opération est pratiquée le 28. Incision médiane. Ouverture de l'épiploon gastro-colique, et évacuation de 4 à 5 litres de liquide citrin qui siège dans l'arrière-cavité. Marsupialisation et drainage.

Suites simples. — Le malade quitte l'hôpital le 16 octobre.

OBSERVATION XV

NŒVER ET VERHŒGEN. — *Journal de chirurgie belge* 1908, t. XIII, p. 312.

Malade entré à l'hôpital le 12 septembre 1908. Il a fait une chute de 7 mètres le 8 juin; douleur dans le côté gauche à la suite de l'accident; l'existence d'une tumeur est remarquée cinq semaines après. Toute la partie médiane et latérale gauche de l'abdomen est occupée par cette tumeur; le diagnostic de kyste du pancréas est posé.

Opération le 24 septembre; après ouverture de l'abdomen,

on incise le ligament gastro-colique pour vider le kyste; on retire 3 ou 4 litres de liquide.

Marsupialisation. Drainage.

Suites opératoires bonnes. Le malade quitte l'hôpital le 27 octobre.

OBSERVATION XVI

Kyste sanguin de l'arrière-cavité des épiploons. Opération. Guérison. — Malade présenté à la Société de chirurgie le 17 mai 1911, par M. le docteur WALTHER.

Adolphe M..., 45 ans, entre le 31 mai 1909 à l'hôpital de la Pitié, pavillon Michon, pour tumeur abdominale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; dans son histoire, on ne relève que deux crises de rhumatisme articulaire aigu, localisé au genou droit la première fois (le malade avait 28 ans), au genou gauche la deuxième (à 36 ans). Il n'a jamais quitté la France.

Le 11 avril 1909, se promenant à bicyclette, le malade est renversé par une voiture dont le timon vient heurter son thorax, fracturant la 6me côte au niveau de la ligne mamillaire; un bandage thoracique est appliqué pendant une huitaine de jours; il n'y a pas d'hémoptysie; mais, deux jours après l'accident, le malade doit s'aliter, et son médecin diagnostique un épanchement pleural; le liquide se résorbe peu à peu; ce n'est que huit jours avant son entrée à l'hôpital que l'on s'aperçoit de l'existence d'une saillie anormale dans la partie gauche de l'abdomen; cette tuméfaction est apparue sans aucune douleur, sans même aucune sensation de gêne ou de pesanteur du côté de l'abdomen.

A son arrivée, le malade n'est pas entièrement guéri de sa pleurésie, mais il attire d'abord l'attention du côté de

l'abdomen. Du côté gauche, l'on voit une saillie ovoïde dont le pôle supérieur semble soulever la paroi abdominale et dont le pôle inférieur bombe au-dessus de l'arcade crurale. Cette tuméfaction semble s'enfoncer sous le thorax et présente une direction oblique en bas et en dedans, occupant à la fois l'hypochondre gauche, la partie inférieure et gauche de la région ombilicale, la fosse iliaque, pour aller se perdre dans l'hypogastre dont elle semble occuper la moitié supérieure.

La palpation assigne à la tumeur des limites analogues; les bords, en effet, nettement délimitables, sont obliques en bas et à droite; le pôle inférieur a un contour précis un peu plus élevé que l'inspection ne le faisait prévoir; la tumeur ne descend pas au-dessous du tiers supérieur de l'hypogastre; le contour du pôle supérieur est moins précis; la tumeur paraît se continuer sous la coupole diaphragmatique, où elle devient inaccessible à la palpation.

Les dimensions sont les suivantes : longueur, 17 centimètres; largeur : au pôle supérieur, 13 centimètres; au pôle inférieur, 9 centimètres; au tiers moyen, 19 centimètres.

La tumeur est uniformément lisse; le contour en est régulier, et l'on ne sent pas d'arête tranchante ou festonnée; la surface présente une consistance élastique, sans déceler une fluctuation nette; enfin, l'on obtient une mobilité transversale évidente; la tumeur se déplace légèrement de bas en haut; elle suit les mouvements du diaphragme.

A la percussion, nous obtenons d'abord une matité uniforme; mais bientôt il est possible de discerner, à la percussion faible, l'existence d'une zone de sonorité au-dessous du rebord costal; les dimensions et la topographie de cette zone varient d'un examen à l'autre; peu a peu cependant, la sonorité devient plus nette, et à la zone supérieure que nous venons de mentionner s'ajoute une

inférieure au-dessus de la crête iliaque, semblant dessiner la partie gauche du colon.

L'examen des divers appareils donne les renseignements suivants :

Du côté du poumon gauche, il y a abolition des vibrations dans la moitié inférieure ; la matité est absolue et le murmure vésiculaire complètement aboli dans cette région ; à la partie moyenne, l'on perçoit un souffle doux en même temps que de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone ; une ponction exploratrice pratiquée au début du séjour du malade à l'hôpital permet de retirer de la plèvre un liquide où l'analyse révèle du sang ; peu à peu, les signes physiques s'amendent et il reste seulement une submatité peu étendue.

Les troubles digestifs sont au minimum ; l'appétit est diminué, mais il n'y a pas de vomissements. Le malade, généralement constipé, ne l'est pas davantage depuis l'accident ; enfin, à aucun moment, il n'a ressenti de douleurs abdominales et la palpation ne révèle pas le moindre phénomène douloureux. La matité hépatique est très peu étendue, et on ne la révèle qu'au niveau du 7^{me} espace intercostal ; au-dessous, elle est remplacée par une sonorité qui se continue avec celle de l'intestin, due vraisemblablement à la présence au devant du foie d'anses grêles refoulées par la tumeur.

L'examen *des urines* ne donne pas de renseignements appréciables ; il y a des traces d'albumine ; pas de sucre, ni urobiline, ni pigments biliaires.

On ne trouve rien à l'auscultation du cœur ; le pouls est régulier, bien frappé.

L'examen du sang donne : 4.390.000 hématies, 16.000 leucocytes, dont 20 pour 100 de polynucléaires, le reste étant presque exclusivement composé de lymphocytes (éosinophilie négligeable).

Le malade a maigri, et cette émaciation est surtout

accentuée au niveau des régions sus et sous-claviculaires et de la paroi thoracique.

On trouve des ganglions hypertrophiés dans les régions sous-maxillaire et inguinale.

En somme, nous nous trouvions en présence d'une tumeur abdominale volumineuse, apparue après un traumatisme et ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel caractéristique; au moment de l'arrivée du malade, les diagnostics les plus divers avaient été posés, et ceci s'explique par la variabilité des signes physiques qui permettaient difficilement de situer la tumeur.

En effet, si vers la fin de la période d'observation, il paraissait à peu près certain que la tumeur se fût développée en arrière de l'intestin, soit dans l'arrière-cavité même, soit aux dépens de l'un des organes qui la limitent immédiatement, et cela, en raison de la présence au devant d'elle d'une zone de sonorité, il n'en était pas de même au début; si cette zone existait alors, elle devait être fort peu étendue, car elle avait pu passer inaperçue.

A ce moment, on pouvait discuter le diagnostic de toutes les tumeurs abdominales. La sensation de résistance et de régularité que l'on observait, orientait toutefois le diagnostic vers une tumeur liquide et d'emblée nous avions pensé à un kyste, quitte à déterminer ultérieurement sa nature.

Mais la plupart des organes abdominaux sont susceptibles de se prêter au développement d'un kyste, et, avant d'avoir constaté une zone de sonorité antérieure, on pouvait discuter la possibilité d'un kyste du mésentère ou de l'épiploon, qui sont souvent des kystes hématiques d'origine traumatique; ici, les troubles dyspeptiques, les vomissements, la constipation sont fréquents, mais surtout, le siège de la tumeur est différent : on voit une saillie médiane au voisinage de l'ombilic, allongée suivant l'axe du mésentère; la tumeur jouit d'une grande mobilité

dans le sens transversal, et l'on peut la déplacer d'un côté à l'autre de la ligne médiane; ici, la tumeur est franchement développée à gauche et peu mobile.

Ces caractères répondent plutôt à une tumeur de la rate. et comme les kystes hydatiques de cet organe sont relativement fréquents, c'est à ce diagnostic que nous nous rallions volontiers au début.

Lorsque le kyste se développe en bas, il donne lieu à des symptômes à peu près analogues à ceux que nous observons. Le siège latéral gauche, avec cette sorte de prolongement que forme la tumeur vers les fausses côtes, est bien celui d'une rate; la tumeur, dans les deux cas, est lisse et de consistance élastique. Elle est, ici, un peu mobile, sans toutefois se déplacer avec la facilité que l'on observe dans certains kystes de la rate (cas de Hartmann : Congrès de chirurgie, 1897). La matité est évidente. et, je le répète, au début, nous n'avions pas perçu de zone sonore en avant de la tumeur. Nous ne pouvions, il est vrai, déceler de frémissement hydatique au niveau de la tumeur; mais l'on sait combien ce signe est infidèle, plus peut-être ici qu'au niveau du foie, et son absence ne saurait infirmer le diagnostic; nous ne retrouvions pas non plus dans la tumeur la forme de la rate, et en particulier son bord tranchant et coupé d'incisures; mais ce n'est pas là non plus un signe essentiel.

De signes fonctionnels, il est vrai, nous ne trouvions pas de traces, et il était même assez étonnant que, vu le développement de la tumeur, il n'y eût pas de troubles intestinaux, ni douleurs, ni constipation; c'est par hasard que le malade avait remarqué l'augmentation de volume du ventre; il fallait admettre que la tumeur se fût développée en arrière, dans l'arrière-cavité des épiploons; on sait, en effet, que, dans ce cas, les symptômes sont fort estompés.

A ce moment, M. Weinberg pratiqua la réaction de la

fixation du complément ; sans être absolument affirmatif, il penchait vers l'hypothèse d'un kyste hydatique.

Mais un changement parut alors survenir dans les rapports de la tumeur avec les organes voisins ; au lieu d'une matité uniforme, l'on percevait une sonorité à la partie supérieure, sous le rebord costal et cette zone dessinait le trajet du colon, plus ou moins nette suivant l'état de réplétion ou de vacuité de cet organe.

De ce fait, le cadre du diagnostic se trouvait encore élargi : on pouvait discuter l'hypothèse d'une tumeur rénale : hydronéphrose ou peut-être kyste hydatique ; mais, outre qu'il n'existait aucun signe fonctionnel répondant à une atteinte de l'appareil urinaire, on ne retrouvait pas les signes fondamentaux des tumeurs rénales : il n'existe pas de contact lombaire ; on ne peut révéler le ballottement.

Il était plus difficile d'éliminer les tumeurs du pancréas, surtout une tumeur développée au niveau de la queue de cet organe ; et, devant les caractères physiques que l'on constatait, on pouvait penser à un kyste pancréatique, l'absence de signe fonctionnel n'éliminant pas ce diagnostic ; nous avons dit qu'ils peuvent être très vagues : troubles dyspeptiques, vomissements. Les signes d'insuffisance pancréatique peuvent manquer ; la tumeur est lisse, peu mobile, et ménage généralement au devant d'elle une zone de sonorité, par refoulement de l'estomac ou du colon, le siège seul est un peu différent : une tumeur développée dans la queue du pancréas est ordinairement médiane ou para-médiane ; ici, elle est franchement latérale.

En dernière analyse, et en faisant abstraction de l'action du traumatisme, l'on se trouvait amené à hésiter entre un kyste du pancréas et un kyste hydatique de la rate, avec une préférence pour ce second diagnostic, en raison de la plus grande fréquence, et aussi à cause de

la réaction de son action, qui sans affirmer le kyste hydatique, penchait vers l'affirmative.

Mais, ainsi que nous le fit remarquer M. Walther, cette hypothèse ne tenait pas un compte suffisant du traumatisme ; celui-ci avait été un coup violent, agissant en un point limité, capable de fracturer une côte ; la rapidité du développement devait aussi faire discuter l'hypothèse d'un hématome de l'arrière-cavité.

Opération, le 16 juin 1909. — M. Walther. Aide : M. Lévêque ; chloroformisateur, M. Arnaudon. Anesthésie chloroformique une heure après injection de scopolamine-morphine.

Incision sur la partie la plus saillante de la tumeur, mesurant 15 centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et à un travers de doigt de la ligne médiane.

Ligature de deux petites artérioles sous-cutanées. Incision de l'aponévrose du grand oblique, du petit oblique et du transverse ; ouverture de la gaîne du droit, qui est récliné.

A l'ouverture du péritoine, on aperçoit immédiatement une tumeur volumineuse arrondie, recouverte par le péritoine postérieur. Sur cette tumeur, à la partie supérieure, on voit l'estomac intimement fusionné avec la paroi. En bas, le colon transverse passe en écharpe sur la face antérieure à laquelle il est, lui aussi, intimement fusionné.

Sur la partie saillante, rampe l'artère gastro-épiploïque gauche ; au-dessous de cette artère, on pratique une ponction avec le gros trocart à kyste. Cette ponction donne issue à quatre litres environ de liquide de couleur brunâtre, évidemment de nature hématique.

Sur l'orifice de ponction comme centre est pratiquée une incision au bistouri ; la poche uniloculaire a une paroi très épaisse dont la consistance est celle du cuir. Il n'y

à pas de bride à l'intérieur, et la face interne a la couleur et l'aspect d'une paroi de vieil hématome.

Le doigt introduit dans la cavité pénètre en arrière entre l'estomac et le diaphragme.

Sur la paroi postérieure, on sent nettement le pancréas, qui forme pour ainsi dire paroi de la poche, et peut être exploré dans toute son étendue ; on n'y trouve pas trace de rupture ; nulle part, on ne rencontre de vaisseaux saignants, et il est impossible de reconnaître l'origine de l'hématome. La cavité de la poche s'élève jusqu'à la 5me côte, à 27 centimètres de l'orifice de ponction.

La poche est suturée par quatre points de catgut en U. Un drain y est placé.

Le péritoine est suturé à sa partie inférieure, le grand droit remis en place dans sa gaîne.

Suture au catgut de l'aponévrose du grand oblique ; suture de la poche aux crins, au-dessus et au-dessous de l'orifice de drainage.

Durée totale : 1 heure 05.

Suites opératoires excellentes.

Le malade a été revu à plusieurs reprises ; le 15 mai 1911, son état est excellent ; les digestions restent seules un peu pénibles, comme elles l'étaient avant l'accident. La paroi est très résistante au niveau de la suture.

OBSERVATION XVII

Kyste sanguin développé aux dépens d'un diverticule intestinal. Opération. Guérison. — Observation inédite observée par l'auteur dans le service de M. le Docteur Beurnier, et présentée à la Société anatomique, le 19 mai 1911.

Mlle B. ., 24 ans, entrée le 28 août 1910 à l'hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, pour une tumeur de la région renale droite.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; elle-même ne se rappelle avoir eu aucune maladie; en insistant au point de vue d'un traumatisme possible, on obtient un renseignement assez vague au sujet d'un coup de pied de veau reçu par la malade il y a 6 ans; elle ne peut d'ailleurs préciser le point du corps qui a été contusionné; c'est à peine si elle se rappelle un accident qui n'a occasionné qu'une douleur passagère.

Jusqu'à il y a 3 mois la santé a été parfaite, et l'on ne peut révéler un trouble fonctionnel intéressant pas plus du côté de l'appareil urinaire que de l'appareil digestif. La malade à toujours été régulièrement réglée; ses urines n'ont jamais été troublées et elle n'a pas remarqué qu'il y ait eu du sang, les digestions étaient parfaites et l'état général satisfaisant. Si nous insistons sur ces symptômes négatifs, c'est qu'en raison de sa nature il est fort possible que la tumeur était congénitale, et cependant elle n'a entraîné aucun trouble; c'est donc qu'elle a du augmenter subitement de volume; mais il est impossible de reconnaître sous qu'elle influence, car nous n'avons pu retrouver le moindre traumatisme à l'origine des accidents.

Ceux-ci ont débuté il y a 3 mois par des troubles digestifs vagues, consistant surtout en anorexie, pesanteurs après les repas; il n'y avait pas de douleurs à proprement parler, et nous n'avons pas noté de constipation vraie; ces symptômes ont persisté sans s'aggraver jusqu'au 12 août, et là, subitement se déclare une crise aïgue; des douleurs s'installent avec prédominance dans la fosse lombaire droite, mais irradiées dans l'abdomen; la malade présente ce jour là plusieurs vomissements alimentaires; la température s'élève un peu pour atteindre le soir 38°; un médecin appelé découvre à ce moment une tumeur.

Puis, sous l'influence du traitement médical ces symptômes s'amendent un peu, mais persistent sous une forme

assez intense pour motiver l'entrée de la malade à l'hôpital.

A ce moment, cette crise aïgue est passée; il n'y a pas de température, la malade ne vomit pas, mais elle conserve des douleurs à prédominance lombaire, et d'autre part l'examen objectif révèle l'existence d'une tumeur. Le premier diagnostic qui semble s'imposer est celui de tumeur rénale ou plutôt perirénale; la fosse lombaire est emplie en effet par une masse qui bombe aussi en avant mais qui présente le contact lombaire; on ne peut révèler de ballottement, on sent plutôt un empâtement de la région; au devant de la tumeur les anses intestinales refoulées forment une zone sonore.

D'autre part, l'appareil génital est reconnu sain.

L'absence de signes fonctionnels du côté du rein est un peu déroutant. L'examen des urines démontre en effet qu'elles sont absolument normales; il n'y a pas de troubles de la miction, et le cathétérisme des urétères pratiqué par mon collègue M. Mascarenhas vient démontrer l'intégrité de l'appareil urinaire supérieur. En présence de ces symptômes, l'on porte le diagnostic de collection périrénale de nature indéterminée.

L'opération est pratiquée le 1er septembre par notre maître M. le docteur Beurnès, auquel nous servons d'aide. Incision lombaire classique. On aborde la loge rénale; le rein est reconnu sain; mais, au dessous et en avan tde lui, on reconnaît une tumeur dont la main ne peut faire le tour; cette tumeur étant liquide on la ponctionne, et il s'écoule environ 1 litre 1/2 d'un liquide paraissant hématique, et dans lequel l'analyse a en effet révèlé la présence du sang. L'orifice est agrandi et la main fait le tour d'une vaste poche, dans laquelle flotte par son extrémité libre un conduit qui adhère d'autre part à sa paroi antérieure; ce canal, excisé après ligature, et pris d'abord pour un débri Wolfien, est conservé; l'on renonce à pra-

tiquer l'extirpation totale de la poche, mais on en résèque la portion superficielle : le reste est abouché à la peau et un drainage est installé ; fermeture en un plan.

Les suites opératoires sont normales ; le drain est raccourci peu à peu ; car l'on peut l'enlever le huitième jour ; la malade quitte l'hôpital, guérie, trois semaines après l'intervention.

Examen de la poche et du conduit qui lui était annexé, par M. le docteur Letulle, à qui nous sommes heureux d'exprimer, ici, notre reconnaissance.

A) *La Poche.* — « La surface interne de la poche est recouverte d'une épaisse couche de sang bien reconnaissable à ses globules rouges tassés les uns contre les autres, et au petit nombre de globules blancs, mononucléaires pour la plupart, épars sur la coupe du caillot sanguin. Des fibrilles de fibrine, des blocs rosâtres hyalins hématoxyline-éosine) complètent la masse presque anhyste qui tapisse la cavité.

« Immédiatement au-dessous, s'étale une masse assez épaisse, lâche et franchement conuectivo-vasculaire. Là, les capillaires sanguins et les veinules s'anastomosant, forment de larges réseaux, dans les mailles desquels on aperçoit une proportion assez élevée d'éléments cellulaires macrophages, plutôt volumineux, et le plus souvent, pigmentés.

« D'une facon générale, le plus grand nombre des vaisseaux se dirigent perpendiculairement à la surface interne de la poche ; au contact même de la masse hématique décrite plus haut, ces vaisseaux semblent plus nombreux, plus pressés et ont l'air d'envoyer dans les caillots des pointes d'accroissement plus ou moins ténues, néoformées à coup sur. En même temps, et disposés en tous sens, mais plutôt obliques à la surface interne du kyste hémor-

ragique, apparaissent de nombreuses cellules piriformes qui s'efforcent de prendre possession de la couche profonde des caillots sanguins.

« Plus profondément, dans cette zone aux vaisseaux en réseaux lâches, les cellules ne sont plus des fibroblastes, mais de gros éléments arrondis, polygonaux, à noyau volumineux avide de matières colorantes basiques, et à protoplasma foncé, bourré de granulations à pigment ocre (rubigine). Le reste des espaces intercapillaires y est infiltré d'innombrables globules rouges encore reconnaissables ou très décolorés; les veines de cette couche sont très larges et à parois fort minces.

« Au-dessous de cette zone néo-vasculaire et encore hémorragipare existe enfin un tissu fondamental : troisième couche constituée par des tractus consécutifs fibreux, souvent même d'apect lamellaire; elle est richement vasculaire, elle aussi; mais ses vaisseaux ont des parois plus denses, mieux organisées; on y reconnaît souvent une couche de fibres musculaires lisses, comme dans les artérioles ou les vésicules ordinaires.

« De place en place, on trouve parmi cette couche fibreuse fondamentale de petits îlots de leucocytes mononucléaires, véritables lymphocytes peu abondants, réunis au hasard, et sans rapport aucun avec les vaisseaux de la région.

« Enfin, en dehors de la couche susdite, existe une atmosphère cellulo-adipeuse, très riche en gros vaisseaux artériels et veineux. Au milieu des pelotons adipeux, de larges travées fibreuses s'étalent sans ordre aucun; des lobules de graisse viennent se fixer sur quelques tractus fibreux, lamellaires, *d'apparence aponévrotique*, très denses, et au milieu desquels on voit circuler de grosses artères, des veines gorgées de sang et des lymphatiques distendus.

« En plusieurs points, une foule de leucocytes mono-

nucléaires forment, non loin de tel ou tel de ces trois ordres de vaisseaux, des îlots hyperdiapédétiques d'apparence vraiment inflammatoire.

« Une interprétation satisfaisante de ces lésions est fort malaisée; on n'y trouve aucune trace d'un kyste soit séreux, soit épithélial, formel; tout ce que l'on peut affirmer, c'est que la paroi interne de cette « poche kystique hémorragique » est en état de bourgeonnement inflammatoire et qu'elle subissait un processus néo-vasculaire identique à celui qui caractérise l'inflammation végétante d'une séreuse.

B) *Le conduit d'apparence intestinale.* — Sur les coupes transversales, l'aspect des parties est des plus caractéristiques. Le cordon est composé, tout d'abord, d'une région centrale rappelant trait pour trait la coupe d'un minime appendice vermiforme du cœcum typique, et à quelques détails près, normal. Autour de ce centre, une coque connectivo-vasculaire existe, qui parfait, pour ainsi parler, la gaîne fibreuse du canal en question.

« Le cordon est donc creusé, à peu près en son centre, d'une cavité circulaire, remplie de cellules épithéliales cylindriques, desquamées, presque toutes sans exception, sauf au niveau de quelques dépressions correspondant à l'embouchure de glandes en tubes que nous allons voir enchassées dans le chorion de la muqueuse, limitant la cavité centrale en question.

« Déjà d'ailleurs, dans cette cavité ainsi remplie de cellules cylindriques et souvent mucipares, on voit des sortes de moules épithéliaux de cavités glandulaires, sectionnées transversalement; ce sont des cellules cylindriques réunies côte à côte en rayons et délimitant un petit orifice glandulaire, lui-même obstrué par du mucus. Ces formations circulaires sont nombreuses au milieu du mucus qui occupe la lumière de l'intestin anormal auquel nous avons affaire.

« Une véritable *muqueuse intestinale* s'étend donc, en bordure, au pourtour de la lumière du canal, ainsi comblé de cellules desquamées. Cette muqueuse consiste d'abord en un *chorion* riche en cellules fixes et en leucocytes épars dans les mailles très ténues d'un tissu fibrillaire, abondamment pourvu de vaisseaux sanguins.

« De place en place, ce chorion est découpé par de longs conduits glandulaires, perpendiculaires à la lumière de l'intestin; ces glandes sont tubulées simples et ressemblent absolument aux glandes de Lieberkühn de l'intestin; on en compte, sur une coupe transversale, de vingt-deux à vingt-six environ. Leur couche épithéliale cylindrique est remarquable par sa richesse en cellules mucipares. Les noyaux de ces épithéliums sont abondants, plutôt petits, à l'état de repos.

« D'assez nombreux leucocytes polynucléaires se sont infiltrés entre les épithéliums glandulaires.

« Enfin, çà et là, le chorion est occupé par un îlot de tissu réticulé, *follicule clos* muqueux ou même muco-sous-muqueux, à l'instar de la muqueuse du vrai appendice vermiforme. Il faut cependant noter le petit nombre de ces follicules lymphatiqqes (on en voit deux sur chaque coupe) et leurs proportions souvent considérables; l'un des deux follicules, en effet, après avoir envoyé dans toute la hauteur du chorion un îlot (qui ne dépasse guère le volume d'une ou deux glandes de Lieberkühn), s'enfonce dans la sous-muqueuse où il s'étale de part et d'autre jusqu'à sous-tendre plus du quart de la circonférence du chorion, et, par conséquent, de la lumière de l'intestin.

« Ces follicules, quel qu'en soit le volume, sont, au reste, normalement composés, et leurs capillaires, ainsi que leurs centres germinatifs multiples se détachent de la meilleure façon sur l'uniformité lymphocytaire du reste du tissu lymphoïde.

« La *muscularis mucosæ* est incomplètement dévelop-

pée : à peine se marque-t-elle, en de très rares endroits, par quelques faisceaux fort grêles de fibres musculaires lisses, autour desquels l'orcéine a la plus grande peine à mettre en valeur quelques rares réseaux de fibrilles élastiques très ténues.

« La *couche sous-muqueuse* est composée, comme dans un nombre considérable d'appendices réputés sains, par des pelotons de cellules adipeuses énormes, entourés de larges placards de tissu fibreux, isolés, ou plus souvent réunis et condensés au pourtour des gros vaisseaux sanguins de la région. De ces gros vaisseaux, les uns, tant artériels que veineux, sont normaux, bien engaînés dans leurs armatures élastiques saines, les autres, surtout certaines artères, montrent des signes évidents d'endovascularité chronique végétante ancienne. Nous avons même découvert une artériole tout à fait oblitérée par des placards, fibroïdes hyalins. S'il s'agissait d'un appendice vrai, nul doute ne subsisterait sur l'existence préalable de lésions inflammatoires anciennes, sous-muqueuse et muqueuse ayant laissé trace de leur passage dans l'épaisseur des parois; mais nous avons affaire à une malformation congénitale.

« En dehors de la sous-muqueuse (densifiée à sa partie externe), on aperçoit une couche concentrique à la muqueuse et de structure plus serrrée, rappelant les couches musculeuses de l'appendice. Les bonnes préparations montrent, en effet, que cette région extérieure est surtout composée de placards fibreux conglomérés, mais au milieu desquels on reconnaît çà et là deux séries discontinues et assez éloignées l'une de l'autre de fibres musculaires mal réparties et plus mal orientées encore. Ce sont, à la suite, quelques minces faisceaux de fibres contractiles très rares, reconnaissables cependant à leurs noyaux allongés et cylindroïdes, et aux réseaux de très fines fibrilles élastiques qui leur servent de tuteurs. Dans

cette couche musculeuse atypique, les vaisseaux sont moins volumineux, semble-t-il, et moins nombreux que dans la sous-muqueuse proprement dite.

« On arrive de la sorte à la bordure du conduit, bordure qui a été, je crois, disséquée, isolée du reste des tissus environnants. Cette bordure fibroïde et mince se continue avec les fibres musculaires les plus externes. Elle est peu vasculaire par elle-même, et n'offrirait aucun intérêt histologique, si sur un point, je n'avais trouvé, et cela sur six coupes successives, un élement bizarre dont l'interprétation ne laisse pas d'être fort discutable.

« Il s'agit d'une sorte de coupe (transversale ou peu oblique) d'une glande ou du moins d'un amas d'éléments cylindriques, minces, pourvus, chacun, d'un noyau. Ces noyaux, violemment teintés par l'hématoxyline, et arrondis, apparaissent très serrés les uns contre les autres, de façon à dessiner une vaste couronne dont les dimensions et le relief sont beaucoup moins accusés que ceux des glandes en tube persemant, très loin de là, le chorion de la muqueuse. Aucune connexion ne peut être établie entre cette de glande aberrante (dont je ne vois que des coupes transversales) et la muqueuse intestinale.

« Aucune erreur technique ne saurait d'avantage être suspectée. La glande atypique (métatypique) dont il s'agit, est fixée, incrustée solidement dans le tissu fibreux extra-musculaire. Il n'y a pas à songer à un gauglion nerveux, pas plus qu'à un vaisseau lymphatique, c'est bien à une glande que nous avons affaire, bien que sa lumière soit difficile à reconnaître, comblée qu'elle est, sembl-t-il, par la masse des protoplasmas épithéliaux. Ces amas protoplasmisques distincts se détachent individuellement de la couronne des noyaux. Je ne puis, songer, non plus, à une simple cellule géante dont la masse protoplasmique centrale aurait pris, par hasard, une disposition radiée ;

« Il n'y a *aucune trace de protoplasma* en dehors *des noyaux*, et sur deux coupes, au moins, la technique a disloqué quelque peu l'organe et mis en liberté plusieurs cellules cylindriques, et minces, typiques. Enfin, en un point, tout à côté de la glande coupée, j'ai pu tronver une seconde glande également sectionnée transversalement, et munie, elle aussi, de cellules allongées, riches en protoplasma.

« Il faut donc conclure qu'au pourtour du conduit intesnal malformé et surnuméraire dont il s'agit, d'autres « débris » d'origine dysembryoplastique eux aussi, se trouvaient enchatonnés non loin du kyste hémorragique. Seul le hasard nous permit d'en relever les traces. Ces quelques éléments, ces glandes « aberrantes » sont des plus utiles à la démonstration de l'origine embryonnaire de l'ensemble des lésions soumises à notre examen. »

(M. Letulle.)

CONCLUSIONS

Les kystes sanguins mésentériques et rétro-péritonéaux, tout en constituant une affection rare ne sont pas absolument exceptionnels, et il faut penser à eux lorsque l'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale dont le diagnostic n'a pu être affirmé d'une façon sûre; un certain nombre de signes physiques permettront alors de localiser l'affection soit dans le mésentère ou les mésocolons, soit dans les épiploons ou leur arrière-cavité.

La notion d'un traumatisme plus ou moins récent, prend dans ces conditions constituées un appoint sérieux au diagnostic, mais son absence ne saurait faire repousser entièrement l'hypothèse d'un kyste sanguin, celui-ci pouvant succéder à un kyste séreux de nature congénitale ou lymphatique, tout au moins en ce qui concerne le mésentère. Dans la plupart des cas cependant le diagnostic ne pourra être porté d'une façon absolue, et l'on aura seulement des présomptions; celles-ci suffisent à légitimer une intervention qui sera la seule thérapeutique à opposer au kyste

et qui, dans le cas d'une erreur de diagnostic, serait le seul moyen de la redresser.

L'intervention décidée sera une laparotomie, le siège de l'incision variant avec celui de la tumeur. La paroi incisée, l'on pourra hésiter entre plusieurs méthodes, la première, l'ablation, méthode radicale, n'est pas applicable aux kystes de l'arrière-cavité; pour les autres elle devra être tentée chaque fois que la dissection de la poche ne paraîtra pas devoir être trop pénible chez un malade assez résistant pour supporter une chloroformisation un peu longue.

On ne s'obstinera pas à la tenter dans les conditions inverses, car d'autres interventions moins dangereuses donnent en somme d'excellents résultats. Ce sont: l'ouverture simple avec drainage, l'ouverture suivie de marsupialisation pratiquée en un ou deux temps; c'est à la marsupialisation en un temps que l'on devra s'arrêter souvent; c'est une opération peu dangereuse, dont les résultats éloignés peuvent être rapprochés de ceux de l'extirpation.

Vu : *Le Président de thèse*,
P. SEGOND.

Vu : *Le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

LISTE DES CAS PUBLIÉS

I. — MÉSENTÈRE

A) *Ponction*	Michalski	1876..	Guérison.
—	Chayron	1877..	—
—	Sp. Wells	1882..	Mort.
—	Menzies	1883..	Terminaison par débâcle intestinale.
—	Bristowe	1883..	Guérison.
—	Albutt	1883..	Terminaison par débâcle.
B) *Extirpation*	Péan	1880..	Guérison.
—	Hahn	1887..	—
—	Gross	1895..	—
—	Buttar	1904..	—
—	Chardon	1906..	—
—	Cunéo	1909..	—
—	Wiess	1910..	
C) *Marsupialisation ou drainage simple*	Rochard	1861..	Hernie étranglée concomitante hélotanie. Mort.
— —	Nélaton	1888..	Hernie étranglée et hématome. Hélotanie. Guérison.

c) *Marsupialisation ou drainage simple*		Verchère	1888..	Hernie étranglée et hématome. Hélotanie. Guérison.
—	—	Nélaton	1888..	—
—	—	Löhlein	1889..	Marsupialisation. Guérison.
—	—	Talley	1889..	—
—	—	Demons	1891..	—
—	—	Demons (2e cas)	1891..	—
—	—	Bianchi	1891..	—
—	—	Lücke	1892..	—
—	—	Binaud	1894..	—
—	—	Ullmann	1896..	—
—	—	Ruotte	1900..	—
—	—	Potel	1902..	—
—	—	Jeannel	1902..	—
Pas de mention		Lannelongue	1875..	
Découverte d'autopsie		Smith	1881..	
—	—	Aven	1881..	
—	—	Habersohn	1881..	
—	—	Crespi	1883..	
—	—	Potherat	1891..	

II. — GRAND ÉPIPLOON

Extirpation	Scefisch	1910..	Guérison.
Pas de mention	Simon	1858..	Mort.
—	Leflaive	1884..	—

III. — PETIT ÉPIPLOON

Ponction	Richet	1877..	Mort.

IV. — MÉSOCOLON ASCENDANT

Ponction	Beurnier et Lévêque	1910..	Marsupialisation. Guérison.

V. — MÉSOCOLON DESCENDANT

Ponction	Jeannel	1906..	Marsupialisation. Guérison.

VI. — MÉSOCOLON TRANSVERSE

Marsupialisation	Fossard et Lécène	1900..	Mort.
Pas de mention	Legroux	1869..	
—	Owen	1881..	
—	Williams	1881..	
—	Méry	1885..	
—	Masalitinoff	1906..	

VII. — ARRIÈRE CAVITÉ

Ponction simple	Sutherland	1892..	Un résultat inconnu, un mort par entérite.
— —	Mikhaïlow	1825..	Un résultat inconnu, un mort par entérite.
Ponction et injection d'iode	Duplay	1877..	Le malade sort avec un empâtement épigastrique.
Ouverture en deux temps	Kulenkampf	1881..	Guérison en six semaines.
— —	Feuger	1888..	Guérison en vingt-trois jours.
Ouverture en un temps	Senn	1884..	Guérison en quatre semaines.
Marsupialisation ou drainage	Schwartz	1885..	Mort en deux jours.
— —	Le Dentu	1886..	Guérison.
— —	Kuster	1886..	Guérison en six semaines.
— —	Berg	1888..	Guérison en cinq semaines.
— —	Lloyd	1888..	Mort en quelques heures.
— —	Chew and Cathcart	1889..	Guérison.
— —	Lloyd	1891..	—
— —	Littlewood	1892..	—
— —	Brown	1893..	—
— —	Soubblovitch	1894..	Mort en deux jours.
— —	Rose	1894..	Guérison.
— —	Hadra	1896..	—

Marsupialisation ou drainage	Cushing	1897	Guerison.
—	Gross	1897	—
—	Henle	1898	—
—	Schwartz	1899	—
—	Custom	1900	—
—	Schwartz	1901	—
—	Mauclaire et Désarnaux	1902	Mort.
—	Jeannel	1902	Guérison.
—	Pichler	1902	—
—	Lazarus (1er cas)	1903	—
—	Lazarus (2e cas)	1903	—
—	Braun	1904	—
—	Honingman	1905	—
—	Blanc et Porte	1907	—
—	Nœver et Verhœgen	1908	—
—	Savariaud	1909	—
—	Auvray	1910	—
—	Walther et Lévêque	1911	—
Extirpation	Eve	1896	Mort.
—	Michaux	1900	—
Ouverture en deux temps	Graff	1911	Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

A) MÉSENTÈRE

Albutt. — *The Lancet*, 1883.

Arékion. — Les kystes sanguins du mésentère. *Thèse de Paris*, 1893.

Audry. — Les tumeurs de l'épiploon. *Lyon médical*, 1889.

Augagneur. — Les tumeurs du mésentère. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

Bauer. — Kyste lymphatique rétro-péritonéal. *Association silésienne pour l'avancement des sciences en Allemagne*, 4 mars 1910.

Bérard. — Hématomes du mésentère. *Thèse de Paris*, 1888.

Berkeley. — Mesenteric Cystes. *Annals of Surgery*, vol. xxvi, 1897.

Besson. — Tumeurs malignes du mésentère. *Journal des sciences médicales*, Lille, 1901.

Bianchi. — *Reforma medica*, novembre 1891.

Binaud — *Gazette médicale de Paris*, 1894.

Blanc. — Diagnostic des tumeurs du mésentère. *Revue de médecine et chirurgie pratiques de Madrid*, 1901.

Blum. — Kyste du mésentère avec volvulus de l'intestin. *Wiener Klinische Wensch.*, 1901.

Braquehaye. — Kystes du mésentère. *Archives générales de médecine*, 1892.

Bogoiavlensky. — Un cas de kyste chyleux du mésentère, *Çhirurgica*, novembre 1909.

Brennon. — Kyste du mésentère. *Revue de Montréal*, 1900.

Bristowe. — *The Lancet*, 1883.

Broca et Daniel. — Les kystes du mésentère dans l'enfance. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905.

Brucy. — Etude sur les kystes séreux des ganglions lymphatiques. *Thèse de Paris*, 1876.

Buttar. — Kyste sanguin du mésentère. *Wet London medical journal*, 1904.

Chardon. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1906.

Chayron. — Les kystes du mésentère. *Thèse de Paris*, 1890.

Collet. — Kystes du mésentère. *Thèse de Paris*, 1884.

Congdon. — 22me Congrès des gynécologistes américains. Septembre 1909.

Coppens. — Laparotomie suivie de drainage et les kystes du mésentère. *Bulletin médical*, 1888.

Cunéo. — Un cas de kyste du mésentère. *Archives générales de Médecine*, février 1909.

Crespi. — *Encyclopedia medica Italiana*, 1883.

Deffaines. — Kystes du mésentère. *Thèse de Paris*, 1893-94.

Delmez. — Kystes du mésentère. *Thèse de Paris*, 1891.

Després. — Diagnostic des tumeurs, 1868.

Dieulafé et Gilles. — Kyste du mésentère. *Toulouse-Médical*, 1906.

Dowd. — *Annals of Surgery*, 1900.

Ducasset. — Kyste du mésentère. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1848.

Duplay-Reclus. — *Traité de Chirurgie*, t. VI.

Drucbert. — *Archives générales de chirurgie*, 1908, nº 2.

Ehler. — Kystes dermoïdes rétro-péritonéaux. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 2 février 1910.

Fawcett. — Kyste chyleux du mésentère avec obstruction intestinale. *In Transaction path. Soc.* Londres, 1901-02.

Flœrsheim. — Kyste chyleux du mésentère simulant une obstruction intestinale. *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1895.

Fossard et Lecène. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1900.

Frentzel — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1892, t. I.

Gabsewicz. — Kyste séreux du mésentère et nécrose de l'intestin grêle. *Centralblatt für Chirurgie*, 1898, n° 14.

Graff. — Kyste du mésentère. *Deutsche medic. Woch*, 1905, t. II.

Grawitz. — Kyste du mésentère. *Deutsche medic. Wehs*, 1905, t. II.

Gross. — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère. *Bulletin médical*, 1895.

Guy. — Pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons, d'origine pancréatique. *Thèse de Paris*, 1902.

Habersohn. — *The Lancet*, 1881.

Hahn. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887.

Hary C. Deaver. — Kyste mésentérique congénital. *Annals of Surgery*, mai 1909.

Hinz. — Kystes chyleux du mésentère. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. XCI, fasc. 3, 1910.

Joukowsky. — Tumeur du mésentère et obstruction intestinale. *Russk. Arch. path. Klin. med. i Bakteriologie*, Saint-Pétersbourg, 1901.

Klefstadt Sellonville. — Kystes chyleux du mésentère. *Thèse de Paris*, 1892.

Lannelongue. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1875.

Lauenstein. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1893.

Launay et Schmidt. — *Société chirurgicale de Paris*, décembre 1909.

Legroux. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1869.

Lévêque. — *Société anatomique de Paris*. Séance du 19 mai 1911.

Löhlein. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1889.

Leflaive. — *In Th. de Rouelles*, Paris, 1885.

Lüche. — *In Frentzel.*

Marsh et Monsarrat. — Kyste multiloculaire de l'épiploon. *Bret. Méd. Journal*, 1901.

Masalitinoff. — Lymphangiome kystique hémorragique du mésocôlon transverse. *Kharkow Medical Journal*, 1906.

Mauclaire et Désarnaux. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1902.

Mensiez. — *The Lancet*, 1883.

Michalski. — *Union médicale*, 1876.

Millard et Tillaux. — Kyste séreux du mésentère. Occlusion intestinale. *In Th. de Collet*, Paris, 1884.

Méry. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1885.

Moynihan. — Tumeurs du mésentère. *The medical Chronicle*, 1902.

Nélaton. — *In Th. Bérard*, Paris, 1888.

Niosi. — Les kystes mésentériques d'origine embryonnaire. *Virchow's Archiv.*, 1907.

Nœver. — *Société belge de Chirurgie*, octobre 1908.

Notta. — Du mésentère. *Union médicale*, mai 1883.

J. Owen. — *The Lancet*, 1881.

Papanicol. — Les kystes rétro-péritoneaux. *Revista di Chirurgia*, 1908.

Péan. — *Leçons de clinique*, 1877-78.

Péan. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, 1880, t. I.

Pépin. — *Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1891.

Perrin et Pollosson. — Kyste chyleux du mésentère. *Société des sciences médicales*, Lyon, t. I, décembre 1909.

Potel. — Pathogénie des kystes du mésentère. *Echo médical du Nord*, 1902.

Potherat. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1891.

Rathery. — Essai sur le diagnostic des tumeurs abdominales. *Thèse de Paris*, 1870.

Richet. — *Union médicale*, 1877.

Rochard. — *Gazette des Hôpitaux*, 1861.

Rokitansky. — *Lehrbuch. des patologischen Anatomie*, 1856.

Roques. — Kystes sanguins du mésentère. *Thèse de Lyon*, 1900.

Roth. — Un cas de lymphangiome kystique. *Inaug. Dissertation*, Zurich, 1880.

Rouelles. — Kystes hématiques du péritoine. *Thèse de Paris*, 1885.

Ruotte. — *In Th. de Roques*, Lyon, 1900.

Seefisch. — Kyste sanguin de l'arrière-cavité chez un enfant de quatre ans. Ablation. Guérison. *Centralblatt für Chirurgie*, 1909.

Shoukowsky. — Tumeur du mésentère et imperméabilité de l'intestin avec mœlena. *Medical Woche*, Berlin, 1902.

Smith. — *The Lancet*, 1881.

Spencer Wells. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de* l'abdomen, 1886.

Suttherland. — Obstruction intestinale produite par un kyste du mésentère. Sphacèle de l'intestin. Autopsie. *Medical Record of Australia*, 1883.

Talley. — *Record Medical*, New-York, 1889.

Terrillon. — *Leçons de clinique*, Paris, 1889.

Timbal. — Les kystes sanguins du mésentère. *Revue chirurgicale*, janvier-février, 1910.

Ullmann. — *Wiener medizinische Presse*, 1896.

Verchère. — *In Th. Bérard*, Paris, 1888.

Virchow. — *Traité des tumeurs.*

Walther. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902

Wegner. — Sur les kystes du mésentère avec contribution à la question de la production traumatique des kystes sanguins. *Geb. d. mil. San. Wess.*, Berlin, 1907.

Williams. — *The Lancet*, 1881.

Wiess. — *Loire Médicale*, 1910, nº 5.

B) ARRIÈRE-CAVITÉ

Auvray. — Pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons. *Gazette des Hôpitaux*, 29 novembre 1910.

Berg. — *Brock Stockolm*, 1888; *Congrès des chirurgiens du Nord*, 1895; *Gazette hebdomadaire*, 1896.

Blanc et Poite. — *Loire Médicale*, 1907, pp. 438-440.

Braun. — *Réunion libre des chirurgiens de Berlin* 13 juin 1904.

Brown. — *Lancet*, 1894, t. I, p. 21.

Chenard. — *Edimb. Med. Journal*, 1890, t. I, pp. 17-25.

Cushing. — *Trans. Ann. S. Assoc.*, 1898, pp. 215-233; *Annals of Surgery*, 1898.

Custom. — *Annals of Surgery*, 1893; *Journal de chirurgie de Bruxelles*, 1903, p. 1.

Duplay. — *Th. de Cheyron*, Paris, 1877.

Le Dentu. — *Th. de Tulasme*, 1889.

Douzhiliny. — *Rousski Wratch*, 1904, t. III, pp. 761-806.

Eve. — *Surgery of the pancreas.* Congrès français de chirurgie, 1896, nº 31,

Fenger — *Med. Journal a Exam*, février 1888.

Graf. — *Muenchener medizinische Wochenschrift*, novembre 1910.

Gross. — *Th. de Michel*, Nancy, 1898.

Guinard. — *Loire Médicale*, 1907, pp. 438-440.

Hadra. — *New-York Méd. Record*, 1896, t. I, pp. 77 80.

Haynes. — *Annals of Surgery*, 1905, p. 950,

HEINRICIUS. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1897, t. LIV.

HENLE. — *Breslau*, 1898.

HONINGMANN. — *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1905.

JEANNEL. — *Archives de médecine de Toulouse*, 1903.

KULENKAMPF. — *Berliner Klin. W.*, 13 février 1882.

KÜSTER. - *Deuts. med. Woch.*, 1887, nos 10 et 11.

LAZARUS. — *Zeit. f. Klin. Med.*, 1903, p. 222.

LITTLEWOOD. — *Société de Médecine de Londres*, 1892 ; *Lancet*, 1892 ; *Semaine Médicale*, 1892 ; *British. Med. Journal*, 1892, t. I, p. 875.

LLOYD. — *Brit. Med., J.*, 12 novembre 1892.

MICHAUX. — *Congrès international de Médecine*. Section de chirurgie, 1900, p. 213.

MIKKAÏLOW. — *Vratch*, 1895, n° 41.

PICHLER. — *Wien. Klin. Woch.*, 1902, t. XV, pp. 1385-1389.

NŒVER et VERHŒGEN. — *Journal de Chirurgie belge*, 1908, p. 312.

SAVARIAUD. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, juin 1909, pp. 753-758.

SENN. — The Surge. treat of cyst of the pancreas. *Ann. J. of med. Sc.*, 1885.

SCHWARTZ. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, octobre 1885 (Mérigot de Treigny) ; *In Guy Th. de Paris*, 1902.

SUTHERLAND. — *Lancet*, 10 décembre 1892.

SOUBBLOVITCH. — *Congrès international de médecine*. Section de chirurgie, 1900, p. 216.

ROSE. — *Deut. Z. f. Ch.*, p. 36, Bd XXXIV.

VILLAR. — *Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1905.

WALTHER. — *Société de chirurgie*. Séance du 17 mai 1911.

Montauban. — Imprimerie G. Forestié, 23, rue de la République.